

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1907-1908. — N° 76

**TRAITEMENT
DES HÉMORROÏDES
PAR L'EXCISION TOTALE**

(Méthode de Whitehead — Procédé de Villard)

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Lundi 23 décembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius TOURAILLE

Né à Chard (Creuse), le 22 septembre 1881



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, Rue de la Méditerranée, 8

1907

TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES PAR L'EXCISION TOTALE

(Méthode de Whitehead — Procédé de Villard)

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Lundi 23 décembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius TOURAILLE

Né à Chard (Creuse), le 22 septembre 1881



LYON

A. STORCK & C^o, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, Rue de la Méditerranée, 8

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.

J. COURMONT

LORTET

DOYEN.

ASSESEUR.

DOYEN HONORAIRE.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales	LÉPINE.
	TEISSIER.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	ROQUE.
Pathologie et Thérapeutique générales	COLLET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

Professeur adjoint

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

Chargés de cours complémentaires

	MM.	agrégé.
Pathologie externe	VALLAS,	—
Maladies des voies urinaires	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	ANCEL,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	PATEL	VORON
SAMBUC	ANCEL	LÉPINE (J ^e)	NOGIER
COURMONT (P.)	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
CHATIN	GAYET	MARTIN (Et.)	
VILLARD	MOREL	CAVAILLON	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président; VILLARD, assesseur;

PATEL et CAVAILLON, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA SŒUR — A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

A MON GRAND-PÈRE — A MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Hommage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A MES ONCLES — A MES TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MA SŒUR — A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

A MON GRAND-PÈRE — A MA GRAND-MÈRE

A MES ONCLES — A MES TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ROLLET

A MON MAÎTRE

Monsieur le Docteur VILLARD

Professeur-agrégé

Chirurgien des Hôpitaux

INTRODUCTION

Bien que Hippocrate ait considéré les hémorroïdes comme un émonctoire souvent nécessaire à la conservation de la santé, il ne craignit pas de leur opposer dans certains cas un traitement vraiment chirurgical. A en juger par ses écrits, les difficultés opératoires paraissent avoir été envisagées par lui comme minimales, et les risques à courir à peu près nuls. « L'on peut inciser, exciser, coudre, brûler et corroder l'anus sans grand dommage, déclare-t-il, et il n'est pas plus difficile d'enlever les tumeurs hémorroïdaires que de faire cheminer son doigt entre la peau et la chair du mouton. »

A la suite d'Hippocrate, les médecins des premiers siècles de l'ère chrétienne Celse, Oribase, Galien, Aétius, pratiquèrent eux aussi l'extirpation des hémorroïdes. Mais ces pratiques chirurgicales, ne tardèrent pas à être abandonnées. Le moyen âge éleva à la hauteur d'un dogme le respect des hémorroïdes bienfaisantes, voie d'élimination des humeurs peccantes, véritables noli me tangere.

Il faut arriver au XIX^e siècle pour voir les chirurgiens, abandonnant les idées trop conservatrices des

siècles précédents, devenir plus interventionnistes, et s'efforcer d'appliquer aux varices rectales un traitement plus radical.

Dupuytren, Amussat, Boyer, Bérard en France s'élancèrent les premiers dans cette voie, bientôt suivis de Chassaignac, Gosselin, Richet, etc.

Mais les divers procédés de destruction imaginés par ces chirurgiens, caustiques, fer rouge, écraseur linéaire, pince à volatilisation, présentaient tous un certain nombre de défauts communs. Ils procédaient tous de la peur de l'instrument tranchant et des dangers qu'il entraînait à sa suite : les hémorragies et l'infection.

L'on était mal armé à cette époque contre les redoutables complications de l'exérèse chirurgicale et l'on cherchait à les éviter par les moyens détournés des caustiques et du fer rouge. Les résultats d'ailleurs étaient loin de répondre toujours au but proposé et les complications que l'on voulait éviter se montraient beaucoup trop fréquemment encore.

Grâce à l'avènement de l'asepsie et de l'antisepsie, grâce aussi aux perfectionnements apportés à l'instrumentation chirurgicale et en particulier à l'emploi des pinces hémostatiques, une méthode vraiment chirurgicale fut préconisée à la fin du XIX^e siècle contre les hémorroïdes.

C'est à Whitehead, de Manchester, que revient cet honneur. Par diverses publications, dont la première date de 1882, par l'exposé des résultats de sa méthode, il montra que le chirurgien pouvait débarrasser désormais sans grands risques et d'une façon

radicale un malade d'hémorroïdes devenues trop gênantes.

L'enthousiasme pour le procédé de *Whitehead* fut vif, et il n'est pas de chirurgien qui ne l'ait mis en pratique.

Cependant on ne tarda pas à lui faire des reproches, dont les trois principaux sont les suivants :

- 1° Une certaine difficulté opératoire;
- 2° Les rétrécissements cicatriciels secondaires de l'anüs;
- 3° L'atonie sphinctérienne.

Pour parer à ces inconvénients, l'on vit prendre naissance, presque en même temps, divers procédés, dont ceux de *Quénu*, *Reclus* et *Piqué*, en France, sont les plus connus.

La thèse de *Véron* (Paris, 1899), est un bon exposé du traitement des hémorroïdes par la méthode de *Whitehead* et ses dérivés. *Véron* s'est efforcé de mettre en relief toute la valeur de ces procédés sanglants d'exérèse et de montrer que les reproches formulés contre eux ne reposaient pas sur des bases solides. Son argumentation est étayée sur les nombreuses observations qu'il rapporte de malades opérés suivant les principes de *Whitehead*, revus plusieurs années après l'intervention, et guéris d'une façon définitive sans troubles de rétrécissement.

A Lyon, en 1897-98, parut sur cette question la thèse de *Labaume*, inspirée par M. *Nové-Josserand*. Mais en dépit de cette intéressante étude lyonnaise, l'opération de *Whitehead* ne paraît pas avoir joui

d'une grande faveur auprès des chirurgiens de notre région. Nous voulons ici essayer de la tirer du discredit où elle semble être tombée. Et c'est sur les conseils de M. le professeur agrégé Villard que nous entreprenons ce travail.

Nous nous proposons :

1° D'exposer la technique spéciale employée par M. Villard dans l'opération de Whitehead;

2° De montrer, par l'excellence des résultats obtenus, la valeur du procédé.

Nous nous appuyons sur la série déjà longue des malades opérés par M. Villard, dont nous rapportons les observations à la fin de notre thèse.

Avant d'aborder notre sujet, le moment est venu pour nous de témoigner notre reconnaissance à tous nos maîtres qui ont contribué à notre éducation médicale.

Nous remercions tout d'abord M. le professeur Rollet du très grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider la soutenance de notre thèse.

L'expression de notre respectueuse gratitude s'adresse aussi à M. le professeur agrégé Villard à qui nous devons l'idée première de ce travail. Nous n'oublierons jamais les marques de bienveillance qu'il nous a témoignées pendant que nous étions dans son service et nous garderons fidèlement les précieux conseils qu'il nous a prodigués.

Nous n'oublions pas que c'est à Limoges que nous avons commencé nos premières études médicales. Nous tenons à exprimer notre vive reconnaissance à

MM. les docteurs Chénieux et Justin Lemaître qui furent pour nous des maîtres bienveillants et dévoués.

Nous adressons tout spécialement nos sincères remerciements à M. le docteur Muller pour l'intérêt si grand qu'il n'a cessé de nous témoigner durant le cours de nos études et pour ses sages conseils qui ne nous ont jamais fait défaut.

Que M. le docteur Desgouttes veuille bien recevoir l'expression de notre profonde gratitude pour les résultats des malades qu'il avait revus et qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

Tous nos remerciements, enfin, à MM. les professeurs agrégés d'avoir bien voulu accepter de faire partie de notre jury.

CHAPITRE PREMIER

Indications opératoires

« Lorsque les hémorroïdes deviennent gênantes, lorsqu'elles épuisent le malade par des hémorragies répétées, lorsqu'elles sont sujettes à d'incessantes poussées de phlébite douloureuse, lorsqu'en un mot elles constituent non seulement une gêne, mais une infirmité véritable et parfois même dangereuse, les moyens palliatifs ne suffisent plus et le traitement hygiénique doit céder le pas au traitement chirurgical » (1).

Longtemps les chirurgiens subordonnèrent leur conduite thérapeutique aux préceptes formulés par Gosselin :

1° Pour les hémorroïdes flasques, molles et indolentes, il n'y a absolument rien à faire;

2° Pour celles qui sont légèrement turgescents, sans douleurs, avec un peu de tuméfaction, rien à faire encore que quelques applications froides.

(1) *Tr. de Chirurgie*, Duplay et Reclus (art. hémorroïdes).

Il est incontestable que des soins hygiéniques et un régime alimentaire approprié permettent le plus souvent aux hémorroïdaires de tolérer longtemps leur affection sans troubles marqués et suffisent généralement à prévenir toute complication.

Le traitement médical ne peut rendre des services que comme moyen palliatif et temporaire. Cependant, il doit être le traitement de choix dans les *hémorroïdes dites symptomatiques*.

Dans les cas où les tumeurs hémorroïdaires ne sont que l'un des symptômes d'une maladie organique, il est dangereux ou au moins inutile, à part quelques rares exceptions, de chercher à les supprimer par une opération. Tous les efforts thérapeutiques seront dirigés contre la maladie pathogénique qui est en cause :

Tumeur abdominale ou pelvienne;

Affections pulmonaires ou hépatiques;

Lésions valvulaires ou rénales, etc.

Il faut donc considérer ces affections viscérales, qui engendrent les hémorroïdes, comme une contre-indication à toute opération dirigée contre ces dernières.

Toutefois si un danger résultait ou de l'abondance d'une hémorragie ou d'une irréductibilité tenace, il ne faudrait pas hésiter à intervenir.

Nous ne ferons que signaler les hémorroïdes qui compliquent la grossesse et qui n'exigent le plus souvent que des précautions hygiéniques. Des pertes de sang abondantes ou des phénomènes d'étrangle-

ment justifient parfaitement une intervention sanglante qui, habituellement, n'a pas de retentissement fâcheux sur la gestation.

Ces cas de varices rectales, dites symptomatiques, ou ces hémorroïdes peu gênantes et qu'un traitement médical et hygiénique peut rendre très supportables, mis à part, il faut maintenant envisager les cas où les hémorroïdes donnent naissance à des accidents sérieux, devenant parfois intolérables pour le patient ou mettant sa vie en danger.

Ces accidents sont les suivants :

1° *Hémorragies abondantes*, capables d'entraîner par leur répétition un état d'anémie grave.

2° *Procidences fréquentes*, ou difficilement réductibles ;

3° *Poussées inflammatoires* incessantes s'accompagnant de vives douleurs et relevant en général de phlébite des paquets hémorroïdaires ;

4° *Etranglement du bourrelet variqueux*, se compliquant souvent de gangrène et de suppuration.

Le seul traitement efficace et rationnel à opposer à ces complications, est le traitement chirurgical. Les indications opératoires sont tirées non de la présence des hémorroïdes, mais des dangers qui en procèdent et que nous devons examiner.

I. — *Accidents hémorragiques.*

L'importance des pertes de sang, dues aux hémorroïdes est très variable: mais ces hémorragies ne deviennent un danger sérieux que par leur fréquence ou leur abondance d'emblée. Certains malades, en effet, perdent en une fois une grande quantité de sang et peuvent rester assez longtemps sans nouvelle hémorragie. D'autres ont des écoulements sanguins à toutes les selles, et même dans l'intervalle des selles.

L'effet de ces pertes de sang est d'affaiblir considérablement le malade et le conduit souvent à un degré d'anémie plus ou moins grave.

Chez les vieux hémorroïdaires qui saignent souvent, le tableau symptomatique est particulièrement saisissant : Les forces diminuent progressivement et le travail devient bientôt impossible. Quoique l'appétit soit habituellement conservé, l'hémorroïdaire maigrit: il est pâle, de teint jaunâtre, les muqueuses décolorées. L'aspect est parfois si misérable, l'état de cachexie si marqué qu'on pourrait penser à la présence d'un néoplasme.

Il est intéressant de se demander d'où vient le sang. Nous ne ferons que mentionner ces rectorragies qui s'observent périodiquement chez certains individus porteurs de varices rectales à peine marquées. On leur a donné le nom de flux hémorroïdaire. Chez certaines peuplades d'Orient ce flux existerait indépendamment de toute ectasie des vaisseaux du rectum.

La raison la plus habituelle de ces pertes sanguines, réside dans des ulcérations des tumeurs hémorroïdaires, ou bien, dans la rupture de veines variqueuses, sous l'influence d'un effort, ou d'une pression exagérée et soutenue. Très souvent aussi, c'est la muqueuse qui saigne. Les capillaires qui cheminent si nombreux à l'intérieur de cette muqueuse sont parfois si fortement dilatés qu'ils ressemblent à des angiomes. Et l'on comprend qu'à la moindre pression ces fragiles capillaires se rompent et donnent des hémorragies qui peuvent coexister avec celles dont nous avons cité plus haut les deux sources principales ou qui se montrent seules.

II. — *Hémorroïdes procidentes*

Les hémorroïdes internes peuvent rester longtemps cachées dans le rectum et ne traduire leur présence que par de la gêne ou des douleurs plus ou moins aiguës, ou encore par des hémorragies.

À la longue, ces tumeurs rectales deviennent plus volumineuses: elles se pédiculisent et finissent par faire saillie à l'orifice anal, dans un effort de défécation ou à propos de tout autre effort. La procidence est alors constituée.

Si le prolapsus ne se répète qu'à intervalles éloignés, la situation du malade est très supportable, Mais ce phénomène se reproduit à chaque garde-robe ou à la suite d'efforts un peu violents, il cons-

titue alors une réelle infirmité. Il semble que, dans ces cas, le paquet hémorroïdaire ait perdu droit de domicile dans le rectum.

Qu'elle soit isolée ou habituelle, la procidence s'accompagne souvent de pertes de sang; mais elle entraîne toujours des accidents douloureux, extrêmement pénibles et parfois très prolongés.

Le plus souvent les tumeurs hémorroïdaires rentrent d'elles mêmes ou à l'aide de légères pressions dès que la cause de la procidence a cessé.

Cependant il est des cas où les hémorroïdes procidentes ont pour double caractère de ne rentrer que lentement et difficilement et d'être très douloureuses. Durant la procidence, qui peut se prolonger une heure et plus, le malade, en proie à des souffrances parfois intolérables, ne peut reprendre ses occupations. La marche et la position assise lui sont également pénibles: seul le décubitus horizontal amende ordinairement la douleur.

Le prolapsus donne la sensation d'un corps étranger à l'anus; de faux besoins fréquents s'ensuivent, et le patient à tout instant fait des efforts d'expulsion qui augmentent le resserrement du sphincter et prolongent ainsi la durée de la procidence.

Pour Gosselin, *l'élément douleur* serait sous la dépendance des excoriations superficielles que l'on observe sur les bourrelets prolapsés. Ces érosions exposent aussi le malade aux hémorragies et à l'anémie.

Examinée à ce moment, la muqueuse rectale prolapsée apparaît sous l'aspect de quatre ou cinq bosse-

lures arrondies, rouge sombre ou violacée, à surface lisse, douce au toucher et recouverte de mucus. En certains points on rencontre de petites ulcérations.

Ce bourrelet procident est ordinairement entouré d'une couronne d'hémorroïdes externes faciles à reconnaître par la coloration rosée de leur surface extérieure et à l'aspect violacé de leur face interne.

Au bout d'un temps plus ou moins long, sous l'influence de taxis prolongés ou d'applications de compresses d'eau froide, les hémorroïdes, finissent par franchir l'anneau sphinctérien. Une hémorragie parfois amène une sédation rapide de la douleur et la procidence se réduit vite.

Ces phénomènes de prolapsus répétés obligent souvent les malades qui ne veulent pas interrompre leurs occupations à se présenter à certaines heures à la garde-robe. Ces hémorroïdaires, très préoccupés par leur état, ne tardent pas à devenir neurasthéniques et leur santé générale est très ébranlée.

III. — *Poussées inflammatoires*

C'est sous forme de crises périodiques que l'on observe ces accidents congestifs et inflammatoires au niveau des varices rectales. A la suite d'excitations locales, de frottements répétés, de fatigues, d'écarts de régime, etc., les hémorroïdes, surtout les hémorroïdes externes, deviennent turgescents et douloureux

On a longtemps discuté sur la pathogénie de cette turgescence, et l'on a incriminé les conditions physiologiques ou anatomiques qui provoquent la stase sanguine dans les veines du rectum.

Tous les auteurs admettent aujourd'hui que ces crises sont dues à des poussées de phlébite comparables à la phlébite variqueuse et dépendent d'une infection ordinairement colibacillaire de la varice anale. M. Quénu (1) s'est fait le défenseur de cette opinion que la lésion des parois veineuses est le phénomène primitif obligé des ectasies hémorroïdales. Les veines se laissent dilater parce qu'elles sont malades, et rendues ainsi incapables de résister à l'effort du sang. Quant à la phlébite elle-même, il faut chercher sa cause moins dans l'action sur l'endoveine des produits toxiques importés ou fabriqués dans l'organisme (influence de l'alcool, de la nicotine, de la goutte, du rhumatisme, etc.), que dans l'infection locale et directe des micro-organismes qui pullulent à la région anale et que les érosions si fréquentes des bourrelets hémorroïdaux laissent pénétrer.

Ces poussées phlébitiques sont d'intensité variables. Dans les formes légères, les accidents sont peu marqués: quelques malaises, une sensation de gêne, surtout dans la position assise ou dans la marche. La tumeur hémorroïdaire est peu saillante et peu douloureuse. Cette crise, à peine ébauchée, s'éteint au bout de quelques jours, souvent pour ne plus reparaître.

(1) Quénu, *Revue de Chirurgie*, mars 1892.

Dans les formes graves, les symptômes sont plus accusés. Au début le malade n'éprouve qu'un peu de gêne, de tension et de pesanteur dans la région anale. Ces troubles ne tardent pas à s'accroître. La nuit surviennent des élancements assez forts pour éveiller le malade. Les faux besoins sont fréquents et les efforts que le malade fait à la selle n'ont d'autre résultat que d'occasionner de vives souffrances.

En général, ces malades sont opiniâtrement constipés; ils redoutent la défécation. Le passage des matières durcies détermine de violentes douleurs se propageant vers les organes génitaux et les voies urinaires.

Dans l'intervalle des selles, les douleurs sont presque continues. Des phénomènes généraux, tels que céphalées, insomnies, inappétence, langue saburrale, nausées, troubles gastriques, peuvent compléter ce tableau symptomatique.

L'examen de la région montre une couronne de petites tumeurs de couleur rose ou rouge violacé, suivant qu'elles sont recouvertes de peau ou de muqueuse, et adhérentes au pourtour de l'anus par une large base d'implantation. Ces tumeurs sont résistantes à la palpation et très douloureuses à la pression. Les tissus périphériques sont œdémateux, enflammés, luisants et douloureux.

Généralement, au bout de quatre ou cinq jours l'accalmie se fait et la crise se termine par résolution complète, ou par induration, ou par suppuration des paquets variqueux.

Habituellement, après la sédation des phénomènes locaux, les hémorroïdes redeviennent des petites tumeurs molles, souples et indolentes. La fin de la poussée phlébitique peut être marquée par la rupture d'une varice et un écoulement sanguin.

A la suite de plusieurs crises hémorroïdaires, les paquets variqueux peuvent être envahis par du tissu de sclérose. Sous l'effet de l'oblitération des varices et de la condensation scléreuse du tissu cellulaire, l'hémorroïde se transforme en une nodosité cutanée, desséchée et flétrie, d'apparence verruqueuse, à laquelle les anciens ont donné le nom de marisque. C'est là un processus de guérison assez fréquent.

Enfin la crise peut se terminer, mais très rarement, par suppuration du caillot. C'est l'abcès phlébitique. Cet abcès détermine une réaction fébrile plus ou moins prononcée avec douleurs vives et gonflement œdémateux de la région. Abandonné à lui-même, il s'ouvre spontanément et laisse presque toujours après lui une fistule ou une ulcération.

Les accidents de pyohémie sont extrêmement rares.

IV. — *Etranglement hémorroïdaire*

C'est là un accident assez fréquent dans les hémorroïdes procidentes et qu'il faut considérer comme le résultat des phénomènes inflammatoires qui frappent la zone hémorroïdale.

Par suite des poussées inflammatoires survenant à plus ou moins brève échéance au niveau des varices rectales, il se fait des lésions de phlébite et de périphlébite entraînant des phénomènes de thrombose et d'oblitération plus ou moins complète au niveau même de ces dilatations veineuses et des lésions d'œdème, plus ou moins prononcé, dans la zone celluleuse, périveineuse et aussi dans la muqueuse. Il se produit à un moment donné, sous l'influence de ces poussées inflammatoires une tumescence considérable de tout le bourrelet malade qui perd en quelque sorte droit de domicile dans le rectum et ne peut plus être refoulé dans la lumière du sphincter contracté spasmodiquement.

Pris dans l'étreinte du sphincter comme dans un étau, le prolapsus devient le siège de douleurs atroces, s'irradiant dans les régions périnéale et vésicale.

Ces douleurs sont continues, et le moindre mouvement, la simple chaleur du lit, la plus petite pression les exaspère.

Si on examine la région malade, on constate un bourrelet rouge violacé, tumescent, gros comme une mandarine; à son niveau, la muqueuse est tendue et luisante. Les hémorroïdes externes participent à la tumescence, et toute la région anale est œdémateuse et rouge.

La fièvre qui, au début, fait défaut, se déclare les jours suivants; elle peut devenir très élevée. Enfin on peut signaler des nausées et même des vomissements. La défécation est impossible et le ventre se

ballonne. Dans certains cas on a pu croire à l'existence d'une péritonite.

La terminaison se fait par *résolution*, *induration*, *suppuration* ou *gangrène*.

Si les accidents d'étranglement n'ont pas acquis une trop grande intensité ou si une hémorragie s'est produite par rupture de varices hémorroïdaires, les tumeurs diminuent de volume et le prolapsus peut se réduire spontanément. Ainsi, la crise se termine par *résolution*. Le malade peut rester à l'abri de tout accident semblable, quoiqu'une nouvelle attaque soit possible.

Exceptionnellement, on peut observer le passage à l'état chronique de l'inflammation, c'est-à-dire l'*induration* des hémorroïdes et leur transformation en petites tumeurs pédiculées ressemblant à des polypes, que chaque défécation chasse au dehors. La section de ces pseudo-polypes est facile.

Un mode de terminaison assez fréquent est la *gangrène partielle* ou *totale* des bourrelets étranglés.

A la surface de l'hémorroïde étranglée, on voit apparaître des taches noirâtres qui ne sont autres que des eschares; quand celles-ci se détachent, la tumeur hémorroïdaire se vide et la petite plaie se cicatrise par seconde intention en provoquant la guérison de l'hémorroïde.

Cette guérison est totale s'il n'y a qu'une hémorroïde; elle n'est que partielle s'il en existe d'autres.

Ces gangrènes partielles peuvent être considérées jusqu'à un certain point comme un accident favorable.

Mais quand le sphacèle est total, les plus graves accidents d'infection sont à redouter et la mort peut survenir. Si le malade échappe à ces dangers, l'ulcération* qui résulte de cette gangrène étendue pourra par cicatrisation provoquer un rétrécissement incurable.

Enfin l'étranglement peut se terminer par *suppuration*. Les ampoules rectales thrombosées peuvent suppurer, et cette suppuration se communique aux tissus cellulaires circonvoisins. Des abcès avec ou sans fistule peuvent en résulter; parfois après la suppuration les hémorroïdes ont disparu. Parfois aussi de graves complications se déclarent: érysipèle, infection purulente, pyohémie ou même des abcès du foie.

Quelle que soit leur terminaison, ces accidents inflammatoires que nous venons d'étudier dans ces deux derniers paragraphes, turgescence et étranglement, peuvent ne se présenter qu'une fois ou se reproduire à intervalles plus ou moins éloignés.

La muqueuse rectale, soumise à une série de crises phlébitiques, ne tarde pas à s'altérer au niveau et au-dessus de la zone hémorroïdale. Il s'établit une rectite chronique avec écoulement de mucosités irritantes et prurigineuses que le traitement chirurgical n'arrive pas toujours à faire disparaître.

CHAPITRE II

Historique de l'opération de Whitehead

C'est en 1882 que Whitehead publiait pour la première fois, dans le *British medical Journal*, un procédé nouveau d'exérèse des hémorroïdes suivi de la suture de la muqueuse à la peau. Dans cette même communication, le chirurgien de Manchester relatait les circonstances où il avait été appelé à appliquer la méthode opératoire qu'il avait imaginée. En 1880, il voyait une dame de robuste apparence qui souffrait depuis neuf ans d'hémorroïdes internes. L'existence lui était devenue à charge à cause des précautions minutieuses que nécessitent les varices rectales et des souffrances qu'elle endurait. A la fin, elle se décida à recourir à n'importe quel traitement capable de la soulager, et Whitehead résolut de tenter chez cette malade l'excision sanglante des tumeurs hémorroïdaires. Voici en quels termes il raconte cette mémorable opération : « La malade, chloroformisée, fut mise dans la position de la taille et on dilata le sphincter avec les pouces.

•

Nous fîmes ensuite prolaber le paquet hémorroïdal en abaissant la cloison recto-vaginale avec deux doigts introduits dans le vagin. Les hémorroïdes ressemblaient, comme forme et comme volume, à de petites tomates. Elles constituaient quatre masses distinctes et inégales. On les divisa en quatre segments par des incisions longitudinales. Cela fut fait sans perdre une goutte de sang; puis chaque lambeau fut saisi avec une pince et disséqué de haut en bas, dans les limites de la peau jusqu'à un point complètement dépourvu de veines variqueuses, c'est-à-dire dans une étendue de 1 centimètre et demi. On détermina ainsi la formation d'un segment quadrilatère portant en bas les hémorroïdes et se terminant en haut par la muqueuse saine. Les lambeaux furent sectionnés à leur limite supérieure.

« Les hémorroïdes ne tenaient plus ainsi au rectum que par quelques brides celluleuses qu'on rompit par traction en arrachant le lambeau avec des pinces. Le reste de la muqueuse fut ensuite abaissé et fixé à la peau de l'anus par des points de suture au fil d'argent.

« On répéta la même manœuvre pour tous les lambeaux.

« Quand l'opération fut terminée, on avait à peine perdu deux onces de sang. »

La malade guérit complètement et le résultat fut à ce point parfait qu'elle put bientôt reprendre ses occupations domestiques et qu'elle ne ressentit jamais, dans la suite, aucun trouble ni aucune souffrance.

Encouragé par ce premier succès, Whitehead répéta un grand nombre de fois la cure sanglante des hémorroïdes par son procédé. Pendant cinq ans il pratiqua systématiquement chez tous ses hémorroïdaires cette même intervention. Et lorsqu'il eut recueilli plus de trois cents observations de ses malades, dont les suites opératoires immédiates et éloignées avaient été des plus heureuses, le chirurgien anglais, convaincu de la valeur et de la supériorité de sa méthode sur les méthodes jusqu'ici employées, se décida à faire connaître son manuel opératoire qu'il avait perfectionné et dont il avait réglé tous les temps.

Nous résumons la description de cette importante opération parue dans le *British medical Journal* de 1887 (t. I^{er}, p. 449).

1° Après avoir été convenablement préparé et complètement anesthésié, le patient est placé sur une table haute mais étroite, dans la position de la taille. Il est maintenu en place par deux aides ou par l'appareil de Clover;

2° Avec les pouces on dilate le sphincter. Cette manœuvre paralyse les fibres de l'anneau musculaire et permet le prolapsus de la muqueuse et des paquets hémorroïdaires;

3° On sectionne la muqueuse à son union avec la peau et on a soin de suivre attentivement les moindres replis cutanés;

4° Une rapide dissection découvre les sphincters externe et interne. On sépare les paquets variqueux de la couche celluleuse à laquelle ils adhèrent; la

muqueuse est également décollée, et après avoir coupé aux ciseaux les quelques points résistants, on ramène le tout au-dessous de la ligne d'incision ;

5° La muqueuse est alors sectionnée transversalement au-dessus des hémorroïdes et le bord libre de la muqueuse est fixé, à mesure qu'on l'incise, au bord libre de la peau par un nombre suffisant de sutures. Ainsi se trouve complètement enlevé l'anneau de muqueuse qui porte les varices rectales. Quant aux vaisseaux qui saignent pendant l'opération, on les tord au moment de leur section.

A cette description, Whitehead ajoute quelques détails de technique. Nous allons rapidement les étudier.

La position de la taille, c'est-à-dire les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, lui paraît être la position de choix, car elle donne au chirurgien une vue plus étendue sur le champ opératoire.

L'emploi d'instruments pour pratiquer la dilatation lui paraît dangereux. A cette méthode aveugle qui expose aux ruptures et à l'incontinence future, et qui peut favoriser la production d'eschares, il préfère la dilatation digitale qui apprécie mieux la résistance de l'anneau sphinctérien et qui distribue plus uniformément la pression sur toute la circonférence de l'extrémité du rectum. « Si le sphincter, dit-il, est très résistant, j'introduis dans le rectum mes deux index ou bien mes deux pouces, et je pétris en quelque sorte les fibres musculaires. Mais si le sphincter offre une certaine laxité, je me contente de passer

graduellement mes doigts rangés en forme de cône, autant qu'il est nécessaire. En agissant avec prudence, le sphincter ne tarde pas à reprendre ses fonctions ».

Il conseille de commencer l'incision circulaire et la dissection de la muqueuse par la partie postérieure pour éviter l'envahissement du champ opératoire par le sang. Il a le plus grand soin de ne pas couper la peau pour éviter les rétrécissements ultérieurs.

Pour éviter toute effusion inutile de sang, Whitehead n'incise que graduellement le manchon muqueux et il tord chaque vaisseau dès qu'il est ouvert. Au fur et à mesure qu'il poursuit son incision transversale, il suture immédiatement le bord libre de la muqueuse à la peau, et ainsi de suite jusqu'à ce que la circonférence de la muqueuse soit entièrement suturée à la peau.

Il suture à la soie phéniquée; il n'emploie pas les fils métalliques qui peuvent occasionner au malade de vives douleurs quand on les retire; les fils de soie, au contraire, tombent d'eux-mêmes.

Quant aux soins consécutifs, ils sont des plus simples: suppositoire à la belladone, insufflation d'iodoforme, et, sur le tout, application d'un tampon de charpie maintenue en place par un bandage en T. Les malades gardent le lit huit jours, et en général quinze à vingt jours après l'opération, ils peuvent reprendre leurs occupations.

Critiques. — Les brillants résultats obtenus et publiés par Whitehead méritaient de retenir l'attention des chirurgiens. Cette opération s'imposait, en

effet, non seulement par l'excellence de ses résultats, mais aussi par la simplicité de son manuel opératoire. Elle ne tarda pas à connaître le juste succès qu'elle méritait. En France, on commença à la pratiquer vers 1890. M. Delorme fut un des premiers à imiter le chirurgien anglais.

De bonne heure, les chirurgiens français cherchèrent à éviter les accidents possibles qui pouvaient survenir à la suite de l'excision des hémorroïdes par la nouvelle méthode. Les reproches adressés au procédé de Whitehead firent naître un certain nombre de procédés nouveaux, tous dérivés de l'opération type que nous avons décrite, mais qui en diffèrent par quelques modifications dans l'exécution. Avant d'étudier les procédés opératoires les plus connus et qui sont devenus classiques, nous croyons utile d'examiner si les reproches faits à la cure sanglante des hémorroïdes sont bien justifiés.

Whitehead prétend, dans les trois cents cas qu'il cite, n'avoir jamais observé, ni mort, ni hémorragie secondaire, ni sténose consécutive de l'orifice anal, ni incontinence des matières fécales.

Il signale pourtant de la rétention urinaire post-opératoire, observée chez quelques malades. Mais, ajoute-t-il, cette rétention est toujours fugace. Une seule fois, il dut avoir recours au cathéter. « Mon opinion, écrivait Whitehead, c'est que cette petite complication est beaucoup plus rare après l'excision, telle que je la pratique, qu'avec les autres opérations qui ont en vue le traitement des hémorroïdes ».

Malgré ces affirmations si concluantes, certains

chirurgiens se sont élevés contre l'exérèse sanglante des tumeurs hémorroïdaires, pratiquées à la Whitehead. Des nombreux griefs qu'ils lui adressent, nous ne retiendrons que les plus importants.

On a dit que cette méthode exposait à :

- 1° Une forte hémorragie;
- 2° A l'atonie sphinctérienne;
- 3° Au rétrécissement cicatriciel de l'anus.

1° *Hémorragie opératoire.* — Ceux qui sont opposés à cette méthode la disent très sanglante. Ce serait assurément l'un des reproches les plus graves que l'on pourrait faire à l'excision, s'il était justifié.

M. Monod, à la Société de chirurgie, 1899, disait que toutes les fois qu'il avait vu pratiquer l'opération de Whitehead il avait été frappé par l'abondance de l'hémorragie. M. Delbet lui répondit que la perte de sang dépend surtout de la manière dont l'opération est faite. C'est aussi notre manière de voir.

En opérant sur une région riche en paquets variqueux gorgés de sang, il semble qu'il faille s'attendre à une hémorragie considérable. En réalité on n'a que peu de sang. Il est facile d'en fournir la raison.

Les vaisseaux hémorroïdaux cheminent dans la sous-muqueuse suivant une direction verticale, parallèle par conséquent à l'axe du rectum. Entre eux et le sphincter existe une atmosphère celluleuse qui ne contient que peu de vaisseaux. Il importe donc dans la dissection du manchon muqueux de ne jamais perdre de vue cette couche de tissu conjonctif qui se laisse facilement décoller de ses attaches au sphincter.

Aussi, quelle que soit la méthode opératoire employée, qu'on aborde la discussion du manchon muqueux de bas en haut, comme le font presque tous les chirurgiens, à la suite de Whitehead, ou qu'on l'aborde suivant une incision longitudinale, ainsi que procède notre maître, M. Villard, il est nécessaire d'aller tout de suite au sphincter. C'est un excellent repère. Si l'on ne court pas grand risque de provoquer une perte importante de sang, en passant dans la couche celluleuse dont nous venons de parler, il n'en est pas de même si l'on chemine trop en dehors. Outre les dangers qu'on fait courir au sphincter, on a les plus grandes chances d'intéresser le réseau artériel du sphincter, toujours très développé, et dont l'ouverture provoque une abondante hémorragie artérielle.

Sans doute, la section du manchon variqueux, donne aussi du sang; mais des pinces assurent rapidement l'hémostase.

En somme l'hémorragie opératoire n'est jamais bien importante. Certains procédés sont plus sanglants que d'autres, et nous montrerons plus loin l'heureuse modification que M. Villard a apporté à l'opération de Whitehead en réduisant pour ainsi dire à son minimum la perte de sang. Il tient compte de la disposition anatomique des vaisseaux hémorroïdaux, et c'est ce qui fait la supériorité et la caractéristique de sa méthode.

2° *Atonie sphinctérienne.* — Cette objection n'a pas grande valeur. Tous les chirurgiens admettent

aujourd'hui que l'incontinence post-opératoire n'est pas le fait de l'exérèse sanglante des paquets variqueux, mais plutôt la conséquence de la dilatation du sphincter. Et ce qui confirme cette opinion c'est qu'on rencontre cette même incontinence après beaucoup de dilatations simples. Dans la majorité des cas elle est légère et transitoire.

Quant à l'incontinence définitive des matières, il faut à coup sûr incriminer une blessure des fibres musculaires du sphincter. Toute solution de continuité des anneaux circulaires de ce muscle est préjudiciable à leur bon fonctionnement ultérieur. Le sphincter est beaucoup plus superficiel qu'on ne le croit. Ses fibres semi-elliptiques, souvent pâles, sont appliquées à la face profonde de la muqueuse. Si le décollement est généralement facile, il demande beaucoup d'attention et de prudence.

En règle générale, ce que l'on observe le plus souvent, c'est un peu de parésie du sphincter due à la dilatation préalable de l'anus. Mais la tonicité de l'anneau musculaire reparaît au bout de quelques jours.

3° Rétrécissement cicatriciel. — C'est une des accusations les plus graves que depuis longtemps on adresse à l'opération de Whitehead. Et c'est aussi la raison pour laquelle, même dans la région lyonnaise, certains chirurgiens, qui après avoir comme tout le monde employé le Whitehead, l'ont bientôt rejeté à cause des mauvais résultats qu'ils ont vus ou obtenus. Quelques-uns reviennent aux anciennes

méthodes du traitement des hémorroïdes, et préférèrent avoir quelques récidives, avec les procédés non circulaires que les infranchissables rétrécissements dont se serait rendu coupable le Whitehead.

A priori ces objections paraissent avoir une grande valeur puisqu'elles viennent d'opérateurs aussi habiles qu'expérimentés. Mais ces reproches qui nous semblent exagérés ont contribué puissamment à jeter un certain discrédit sur une opération qui avait donné de si brillants résultats à son auteur. Quelles peuvent bien être les causes de si violentes critiques ?

Nous répondons tout de suite aux détracteurs de l'excision sanglante que, si parfois on a pu signaler des cas de rétrécissements, consécutifs à l'ablation des hémorroïdes, nous croyons qu'il ne faut pas les rapporter à l'opération elle-même, mais plutôt à la technique opératoire, ou à un défaut d'habitude chez l'opérateur.

« Le rétrécissement du rectum, dit M. Villard, me paraît dû à des interventions mal faites, et correspondre à des cas où les opérateurs, en opérant trop largement ont fait, non plus l'extirpation régulière du cylindre hémorroïdaire, mais une véritable ablation intra sphinctérienne du rectum, laissant ainsi une large surface cruentée, dépourvue de muqueuse, donnant tardivement une cicatrice rétractile. Je suis convaincu que lorsqu'on s'est borné à enlever correctement le cylindre muqueux contenant les paquets hémorroïdaires, en respectant les tuniques sous-jacentes, la réunion de la muqueuse et de la peau, même obtenue par seconde intention, est sans in-

convénient bien qu'il faille lui préférer la réunion *per primam* (1). »

Kelsey rapporte un cas de rétrécissement à la suite d'une excision à la Whitehead: Hirst en cite une autre. Mais ces exemples isolés sont insuffisants à infirmer l'excellence de cette méthode opératoire. Les mécomptes sont assez fréquents en chirurgie. Il ne faudrait pas que la publication de quelques faits malheureux évitables, nous en sommes convaincus, jetât la suspicion sur une intervention qui a donné d'excellents résultats: et il nous paraît injuste de rejeter systématiquement cette opération en ne voulant considérer que les cas défavorables.

Nous ne prétendons pas que le danger de rétrécissement soit un danger imaginaire, mais nous pensons qu'on l'a trop exagéré.

Ces atrésies cicatricielles du rectum sont, en effet, rares. Nombre de chirurgiens qui ont répété très souvent l'opération de Whitehead, n'ont jamais observé de rétrécissements consécutifs à leurs interventions.

Nous rappelons le témoignage de Whitehead, qui n'a jamais vu de rétraction cicatricielle de l'anus parmi les trois cents malades dont il rapporte les observations. MM. Ricard, Launay, et notre maître, M. Villard sont aussi affirmatifs.

Nous devons faire une mention spéciale des pseudo-rétrécissements qui disparaissent en quelques séances de dilatation, et qu'il ne faut pas assimiler

(1) Villard: Communication à la Société de Chir. de Lyon, 2 juin : 1907.

aux rétrécissements vrais. L'exemple suivant que nous empruntons à Courcières (Th. de Paris, 1907), est des plus instructifs. Il s'agit d'un malade de cinquante et un an, opéré d'hémorroïdes procidentes. Ce malade arracha le lendemain de l'opération, le drain qu'on lui avait placé dans le rectum. Plusieurs fils cédèrent: la plaie fut ainsi largement ouverte: on s'appliqua à bien désinfecter la région, et malgré ce fâcheux incident, il put sortir de l'hôpital vingt jours après sensiblement guéri.

Onze mois après il revient à l'hôpital et se plaint de n'aller à la selle qu'avec une certaine difficulté. L'examen de la région anale montre qu'il n'y a plus d'hémorroïdes: le doigt pénètre mal dans le rectum: on fait alors deux séances de dilatation avec les bougies d'Hégar; le sphincter retrouve toute sa souplesse et le malade va fort bien à la selle.

Depuis, le bon fonctionnement du sphincter s'est maintenu. Cet homme n'éprouve aucune gêne, aucun trouble de la défécation.

Il semble bien que la rapidité du résultat obtenu avec les bougies, n'autorise pas à dire qu'il s'agissait là d'un rétrécissement vrai, mais du rétrécissement spasmodique des chirurgiens anglais.

Chez les opérés de M. Villard, la réunion *per primam* fut presque toujours obtenue. Dans les observations VI, VIII, XII, XVI, cette réunion immédiate fut imparfaite. Mais chez aucun de ces malades, on n'a constaté de rétrécissements ultérieurs. Tous ont été opérés depuis plusieurs années déjà: leur anus est parfaitement souple et dilatable, et c'est à peine

si l'on constate une légère cicatrice linéaire. Les observations que nous apportons en font foi.

En somme, les rétrécissements de l'anus consécutifs à l'opération de Whitehead ne sont pas niables. Il s'agit de savoir si ces rétractions cicatricielles sont de simples accidents ou si elles sont la règle.

Nous croyons qu'il s'agit là d'accidents, rares aujourd'hui, plus fréquents autrefois, et tenant, soit à un défaut d'asepsie ou à la suppuration, soit à une technique défectueuse ou à un défaut d'habitude.

Nous voyons donc qu'aucune des critiques adressées à l'opération de Whitehead n'est bien soutenable ni bien fondée. Nous concluons par ces paroles de Quenu: « J'ai pu suivre depuis sept ou huit ans mes opérés d'hémorroïdes de ville. La guérison s'est maintenue chez eux. Une seule fois j'ai noté le léger inconvénient d'un peu d'éversion de la muqueuse par suite d'une résection trop économique. Je pense qu'avec l'expérience que m'ont donné déjà de très nombreuses observations, j'ai le droit de conclure à l'excellence du procédé de Whitehead ».

Ces conclusions sont absolument celles de M. Villard et aussi celles que nous adoptons.

CHAPITRE III

Des procédés dérivés du Whitehead primitif

De l'opération telle que la pratiquait Whitehead, les chirurgiens français ne tardèrent pas à modifier certains détails de technique. Leur objectif était de rendre cette intervention plus commode, moins sanglante et surtout moins propre à entraîner dans la suite des accidents cicatriciels.

Les procédés imaginés sont nombreux, mais tous dérivent de celui de Whitehead. Nous ne voulons en retenir que les principaux, ceux d'ailleurs qui sont classiques en France et nous ferons ressortir la marque originale de chacune de ces méthodes.

Procédé de M. Delorme. — Le chirurgien du Val-de-Grâce fut un des premiers à employer l'opération de Whitehead dans le traitement des hémorroïdes. Mais en même temps qu'il implantait en France cette nouvelle méthode, il la modifiait.

M. Delorme s'est inspiré surtout du premier procédé de Whitehead décrit dans le *British medical Journal* de 1882.

Le malade convenablement préparé, l'opération comprend quatre temps :

1° Dilatation du sphincter;

2° Incision circulaire de la muqueuse au pourtour de l'anus et dissection du manchon muqueux jusqu'au-dessus du bord supérieur du sphincter interne. M. Delorme insiste particulièrement sur le décollement de la muqueuse. Il ne voit aucun inconvénient à remonter 1 centimètre ou 2 au-dessus des limites du bord supérieur du sphincter interne quand il constate que la muqueuse est altérée au-dessus des paquets variqueux. Avant tout, il cherche à avoir un manchon muqueux résistant pour que les fils ne le coupent pas;

3° Le manchon muqueux décollé, on l'attire au dehors avec des pinces; mais au lieu de le sectionner entièrement et transversalement, on le coupe longitudinalement en quatre parties bien égales qui, rabattues, forment quatre ailerons.

Ces sections sont faites aux extrémités des diamètres antéro-postérieur, et latéral. Deux pinces hémostatiques sont placées de chaque côté du point où doit porter la section et dans leurs mors, elles saisissent la muqueuse jusqu'à quelques millimètres du sommet du manchon rectal. Entre deux pinces, on coupe la muqueuse et on a ainsi quatre ailerons: deux antérieurs, deux postérieurs, portant chacun deux pinces.

Ceci fait, on place quatre fils de soie en anse à quelques millimètres en arrière de la terminaison de chaque incision longitudinale. Ces fils prenant appui

sur la peau et sur la muqueuse sont des fils de sûreté qui ne risquent pas, comme des fils à points passés, d'ulcérer la muqueuse et qui résisteront sûrement aux efforts de traction du releveur de l'anüs.

Quand ces fils de suture profonde, ou points d'arrêt, ont été solidement serrés sur la peau, en arrière de la ligne d'incision, on attire l'aileron avec les pinces placées sur ses bords. Puis on traverse avec cinq ou six fils la peau, à 3 ou 4 millimètres en dehors de la section. Ces fils pénètrent la muqueuse de dehors en dedans en des points symétriques où celle-ci sera réséquée.

Les fils étant serrés, l'opérateur résèque la muqueuse aux ciseaux ou au bistouri. On procède de même pour les trois autres ailerons (1).

Procédé de M. Reclus (2). — Voici comment M. Reclus expose son manuel opératoire :

« Après la dilatation préalable de l'anüs, par le spéculum de Trélat, je saisis avec une pince de Kocher les hémorroïdes procidentes, d'abord d'un côté de l'anüs, le droit par exemple, et je sectionne ce bourrelet au bistouri, ou mieux avec des ciseaux courbes.

« J'extirpe le moins possible rien que les hémorroïdes, pas de sphincter ni de muqueuse. En général, au fur et à mesure que l'on coupe, la muqueuse

(1) Martin : Thèse de Paris, 1893. Contribution à l'étude du traitement des Hémorroïdes.

(2) Meesmœcker : Thèse de Paris, 1893. Du traitement chirurgical des Hémorroïdes et en particulier de l'extirpation suivie de sutures.

s'échappe des mors de la pince et tend à remonter plus ou moins haut vers l'ampoule. Aussi je la prends avec des pinces à forcipressure, en l'étreignant surtout au niveau des points où saignent les vaisseaux, afin d'obtenir une hémostase provisoire. Puis la section terminée, je juxtapose peau et muqueuse et je suture au crin de Florence.

« Reste le bourrelet du côté gauche: je le saisis de la même manière que celui du côté droit avec une pince à pédicule, avec deux si le volume du paquet est trop considérable. Puis je coupe et je suture.

« J'ai donc laissé en avant et en arrière de la marge de l'anūs un segment de peau et de muqueuse non excisé, ce qui suffit amplement à éviter toute rétraction cicatricielle. Je m'arrange d'ailleurs à ménager les téguments aux points où les hémorroïdes sont le moins accusées.

« Aussi la pince ne saisit pas toujours le bourrelet dans une direction antéro-postérieure. Elle peut être transversale ou oblique si les varices sont moins abondantes sur les côtés qu'en avant et en arrière de l'orifice anal.

« La suture, qui juxtapose la peau et la muqueuse pour obtenir la réunion, assure aussi l'hémostase. Je me contente donc pour tout pansement de mettre dans le trajet anal et en remontant jusqu'à l'ampoule, une mèche de gaze iodoformée maintenue par un bandage en T. »

C'est plutôt, comme on le voit, un type d'ablation partielle par excision suivie de sutures.

Procédé de M. Quénu (1). — M. Quénu employa longtemps la méthode opératoire de Whitehead. Mais trouvant que l'affrontement de la muqueuse à la peau, après ablation du manchon rectal, ne se faisait pas sans un notable tiraillement de cette muqueuse et que les fils, sous l'influence des tiraillements du rectum avaient tendance à la couper, eut l'idée de conserver cette muqueuse tout entière au lieu de la retrancher, comme le commandait le chirurgien de Manchester.

Le sphincter dilaté, on fait à l'union de la peau et de la muqueuse une incision circonscrivant la demi-circonférence de l'anus. Et après avoir séparé, aussi haut que possible, la muqueuse et ses ampoules variqueuses de la couche sous-muqueuse, l'opérateur introduit le doigt dans le rectum, et sur ce doigt qui lui sert de guide, il détache avec de fins ciseaux toutes les ampoules veineuses sans toucher à la muqueuse.

Ce temps est facile, même quand les tissus sous-muqueux sont sclérosés, puisqu'on ne dissèque pas, mais qu'on ébarbe les bourrelets hémorroïdaires. Enfin, la muqueuse débarrassée de ses ampoules veineuses, curetée en quelque sorte à sa partie profonde, est réappliquée sur les tissus sous-jacents, et son bord libre est suturé avec des crins de Florence, aux lèvres de l'incision cutanée.

On procède de la même façon sur le segment opposé.

Ainsi donc M. Quénu avait été conduit à modifier

(1) Delestang : Thèse de Paris, 1894. Du choix d'un procédé opératoire dans le traitement chirurgical des Hémorroïdes.

le procédé de Whitehead, parce qu'il ne lui donnait pas toujours une réunion parfaite.

Il réséquait les veines malades sans réséquer la muqueuse.

Depuis, ce chirurgien s'est aperçu que la muqueuse au-dessus des hémorroïdes est la plupart du temps altérée et qu'il vaut mieux en sacrifier une partie. Aussi l'excision complète de la muqueuse est devenue son procédé de choix.

Dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* de mai 1899, M. Quénu écrivait : « Quand on a disséqué jusqu'au bord inférieur du sphincter externe la muqueuse anale avec les hémorroïdes y attachant, on peut décoller plus ou moins haut la muqueuse rectale, en longeant la face interne des sphincters et réséquer des portions étendues de cette muqueuse rectale. Pour ma part, je réprouve ces résections étendues qui ont été recommandées par M. Picqué. C'est l'expérience seule qui apprend la hauteur de la muqueuse à réséquer, ni trop pour ne pas avoir par suite d'une traction excessive un échec de réunion, ni trop peu pour que le sujet ne garde pas un peu du prolapsus, de l'éversion pour lequel vous l'avez opéré. »

Comment faut-il faire cette résection ? Et cette résection faite, comment faut-il pratiquer la suture muco-cutanée ?

« Dans cette suture, il s'agit d'affronter une demi circonférence muqueuse, de rayon plus étendu. On ne peut y arriver qu'à l'aide de fronces tout comme les couturières qui adaptent une manche large sur une emmanchure plus étroite. Or le talent opératoire

consiste à répartir ses fronces également pour qu'à la fin, il ne vous reste pas de plicatures de muqueuse. »

« On y arrive de plusieurs façons : en passant d'avance ses fils à travers le lambeau muqueux qu'on doit réséquer un peu au-dessus de la ligne de la coupe, ou bien encore en passant à la fois à travers le lambeau muqueux et la peau, ou enfin en revenant au procédé de Whitehead modifié. »

« Primitivement Whitehead divisait le bourrelet hémorroïdaire en quatre segments, par des incisions verticales; il disséquait ensuite chacun d'eux isolément. Or, on peut disséquer la demi-circonférence, puis fendre le lambeau muqueux au milieu, et au fond de cette fente, attacher un point de suture. Tenue de la sorte en trois points à ses extrémités et à son milieu, la muqueuse rectale ne peut plus se rétracter d'une façon gênante et dans chaque quadrant il est facile de répartir d'une façon régulière ses sutures et ses plissements. J'ai toujours soin de ne commencer les sutures qu'après hémostase par ligature de tout vaisseau qui saigne en jet. »

Procédé de M. Picqué (1). — La technique opératoire de M. Picqué est sensiblement la même que celle de Whitehead. Mais ce chirurgien estime que pour avoir une guérison complète dans le cas d'hémorroïdes totales, il faut réséquer en totalité la muqueuse.

(1) Ané : Thèse de Paris, 1898.

Il incise non à l'union de la peau et de la muqueuse, mais en dehors, en empiétant sur la peau de 5 à 6 millimètres. Cette façon d'agir, permet d'enlever quelques marisques qui peuvent exister au moment de l'opération, ou qui, se produisant après l'intervention, pourraient être l'amorce d'une récurrence.

M. Picqué insiste sur la nécessité de disséquer aussi haut que possible le manchon variqueux. Il arrête sa dissection au-dessus de l'endroit où la muqueuse est redevenue normale, et dont la couleur rosée tranche avec la couleur violacée de la muqueuse malade.

Cette dissection présente, à son avis, certains avantages, l'abaissement de la muqueuse est facile : elle vient pour ainsi dire d'elle-même se présenter à la lèvre de l'incision cutanée. En outre, la rétraction est et les tiraillements ne peuvent guère se produire puisque la muqueuse étant mobilisée sur une grande étendue, elle a moins tendance à se rétracter.

En terminant, disons que M. Picqué ne coupe transversalement la muqueuse qu'après avoir préalablement placé quatre points de suture, diamétralement opposés, qui retiennent la muqueuse et facilitent la suite de la suture.

Procédé de M. Lejars (1). — Nous ne dirons que quelques mots du procédé suivi par M. Lejars. L'opération comprend cinq temps.

1^o Dilatation du sphincter au moyen de deux doigts introduits dans le rectum.

(1) Véron : Thèse de Paris, 1899. Cure sanglante des Hémorroïdes.

2° Incision circulaire de la muqueuse au pourtour de l'anus, sur les confins de la muqueuse et de la peau.

3° Dissection du manchon muqueux ano-rectal en passant de la couche celluleuse facilement décollable. On subordonne le décollement à l'état de la muqueuse. L'essentiel est d'obtenir un anneau muqueux assez résistant pour que les fils ne coupent pas.

4° Incision longitudinale de la muqueuse à sa partie antérieure, et fil commissural en anse, au-dessus de l'extrémité supérieure de cette incision.

5° Section progressive de la moitié droite du manchon muqueux, et suture muco-cutanée de cette hémisection. Section progressive de la moitié gauche de la muqueuse disséquée et suture à la peau au fur et à mesure.

Pansement fait avec gaze et maintenu en place par un double spica de l'aine. Le malade est constipé pendant plusieurs jours.

CHAPITRE IV

Discussion de ces procédés — Critiques

Qu'il emploie l'opération type de Whitehead, ou qu'il se serve de l'un des divers procédés que nous venons d'exposer, l'opérateur obtient des résultats immédiats en général très favorables. Qu'on se souvienne de l'exemple de la première malade de Whitehead et des nombreux cas qu'il citait dans sa communication de 1887. Rarement, chez ces opérés on note un peu de température que l'infection de la plaie opératoire, découverte en certains points où des fils ont pu lâcher, peut parfaitement expliquer. S'il y a de la rétention urinaire, elle est toujours passagère. Les douleurs au niveau de la région ano-rectale sont peu marquées. On enlève le pansement vers le huitième jour, et huit ou dix jours plus tard ces malades quittent l'hôpital.

Les suites éloignées sont, elles aussi, à quelques exceptions près, des plus heureuses. L'incontinence des matières disparaît rapidement et le sphincter recouvre sa tonicité au bout de quelques jours. Dans la suite, ces malades retiennent bien leurs matières:

ils n'ont plus de douleurs en allant à la selle, et le bol fécal est de volume normal. Leurs hémorragies sont taries pour toujours, et la muqueuse rectale ne vient plus prolaber à l'anus. Ceux qui avaient maigri reprennent du poids après l'opération. Les forces renaissent très vite: l'alimentation se fait régulièrement et la liberté du ventre est la règle. Ces malades sont donc complètement débarrassés de leur pénible infirmité. Ils reprennent la vie commune et recommencent à vaquer à leurs occupations habituelles.

Il est donc indéniable que le soulagement apporté aux hémorroïdaires par cette intervention est considérable.

Revus après plusieurs années, ces anciens malades n'ont perdu aucun des bénéfices de l'opération.

Si on les examine, on voit que l'anus est régulier avec ses plis radiés: rien d'anormal à la peau et à la muqueuse. On n'observe pas de récidence si l'excision a été complète et c'est ce qui fait la valeur de l'opération de Whitehead. Enfin, on ne rencontre jamais ou presque jamais de rétrécissement cicatriciel.

C'est de cette crainte du rétrécissement cicatriciel, que sont nés de nombreux procédés, nouveaux dans certains points. Nous avons cité et décrit les principaux.

M. Reclus conserve une partie de la muqueuse, deux ponts muqueux, afin d'éviter une cicatrice circonférencielle.

M. Quénu primitivement gardait tout le manchon

muqueux qu'il avait soigneusement débarrassé de ses paquets variqueux et qu'il suturait ensuite à la peau. Son but était d'éviter les tiraillements de la muqueuse, sa désunion avec la peau et par suite une réunion par seconde intention. Plus tard, il s'efforce de répartir très également les plis de la muqueuse et de les distribuer d'une façon uniforme autour de l'anüs.

C'est encore pour éviter une cicatrisation par seconde intention que M. Picqué décolle aussi haut que possible le manchon variqueux afin que, la section faite au-dessus de la région malade, il lui reste assez de muqueuse mobile, pour ne pas exercer de tiraillements sur les fils.

Ces procédés pour si intéressants qu'ils soient ne nous paraissent pas fournir, contre le rétrécissement des garanties supérieures à celles de l'opération type de Whitehead.

Aucun d'eux n'expose plus spécialement qu'un autre à la blessure du sphincter, puisque tous dissèquent le manchon de la même façon. Il n'y a donc pas de raisons pour préférer celui-ci plutôt que celui-là, et il est logique de recourir au plus simple.

Théoriquement, si toutes ces méthodes se valent et si elles ne donnent pas de résultats supérieurs à ceux fournis par l'opération de Whitehead, tous les artifices opératoires employés pour éviter les rétrécissements ultérieurs sont inutiles et la conséquence de cette inutilité, c'est de trop compliquer le manuel opératoire, de demander au chirurgien une grande dextérité et de lui prendre beaucoup de temps.

Mais le reproche le plus justifié que nous croyons devoir adresser à ces méthodes, c'est de ne pas s'inquiéter suffisamment de l'hémorragie opératoire, et d'exposer à une perte de sang toujours appréciable qu'il est facile, croyons-nous, d'éviter par une technique spéciale.

En effet, si l'on considère la disposition vasculaire de la région anale, on voit que les vaisseaux hémorroïdaux, et en particulier les veines variqueuses ont une direction verticale, parallèle par conséquent à l'axe du rectum. En disséquant de bas en haut le manchon muqueux, comme on le fait dans tous ces procédés, fatalement on s'expose à couper et recouper les mêmes vaisseaux, principalement les branches descendantes des artères et des veines hémorroïdales supérieures.

Il y a à cette manière de faire, plusieurs inconvénients. D'abord le fait de couper et de lier plusieurs fois les mêmes vaisseaux constitue au point de vue opératoire une perte de temps. Ensuite, l'hémorragie qui en est la conséquence ne doit pas être considérée comme une quantité négligeable, principalement chez les personnes anémiées. L'on comprend qu'on ait pu observer chez ces malades affaiblis des syncopes opératoires très inquiétantes.

Ce sont ces inconvénients opératoires que M. Villard a voulu éviter en modifiant l'opération de Whitehead et en employant une technique particulière. Son procédé a le mérite de tenir compte de la disposition des vaisseaux sanguins du rectum. Il se recommande d'autre part, et c'est là un autre avan-

tage qu'il présente sur le procédé de Whitehead, par la simplicité de son manuel opératoire, par la sûreté et la rapidité de son exécution.

C'est sur ce procédé que nous voulons maintenant insister.

CHAPITRE V

Procédé de M. Villard (1)

Depuis dix ans, M. Villard, dans tous les cas de varices rectales justiciables d'une intervention sanglante, utilise un procédé spécial basé sur la disposition anatomique des vaisseaux hémorroïdaux.

Voici comment M. Villard décrit son manuel opératoire :

Après avoir reçu les soins préliminaires que nécessite la préparation de la région anale « le malade profondément anesthésié à l'éther, est placé dans la position de la taille périnéale, le siège fortement relevé par une bascule modérée de la table d'opération et l'anus fortement dilaté par un spéculum anal ou mieux par le classique dilatateur à trois branches de A. Paré. Aussitôt la dilatation achevée sous l'influence du relâchement du sphincter et des efforts inconscients faits par le malade, tout le bourrelet hémorroïdaire est projeté en dehors. Je saisis alors

(1) Villard : *Lyon Médical* : Communication à la société de chirurgie de Lyon, 2 Juin 1907.

avec quatre ou six pinces hémostatiques, la muqueuse rectale saine au-dessus de la zone des paquets variqueux. Ce temps est facilité par la coloration rosée de la muqueuse, contrastant avec la teinte violacée de l'anneau malade. Ces pinces laissées en place repèrent très bien la région et facilitent l'opération en abaissant le cylindre muqueux.

« Je commence alors la dissection et l'extirpation de tout le bourrelet hémorroïdaire de la façon suivante: à la partie antérieure de l'anus, j'amorce l'extrémité de deux incisions circulaires concentriques: l'une externe faite à l'union de la muqueuse et de la peau anorectale, en dehors ou au-dessous par conséquent des paquets hémorroïdaux; l'autre interne, faite au niveau de la muqueuse rectale saine, c'est-à-dire en dedans ou plutôt au-dessus du bord des lésions.

« Un coup de ciseaux donné verticalement au niveau de la commissure antérieure de l'anus réunit l'extrémité des deux incisions circulaires et permet d'enlever par dissection toute la bande des tissus variqueux compris entre elle. Dès lors, en allant de proche en proche, et en conduisant simultanément mes deux incisions circulaires et la dissection de la muqueuse variqueuse, j'enlève dans le sens inverse des aiguilles d'une montre tout le cylindre hémorroïdaire sous forme d'une bande continue, car je pousse les incisions concentriques et la dissection jusqu'au moment où, après avoir fait ainsi le tour de l'anus, je retrouve, vers la commissure antérieure le point de départ.

« L'ablation des paquets hémorroïdaires est faite jusqu'au contact du sphincter beaucoup plus superficiel qu'on ne pourrait le supposer. Ce muscle est du reste facilement reconnaissable à sa coloration pâle et à ses fibres circulaires. Un coup de tampon un peu énergique l'isole très facilement.

« Au fur et à mesure de l'extirpation, des pinces sont laissées sur quelques vaisseaux qui saignent, en général peu nombreux, quelques ligatures sont ensuite posées, et il ne reste plus qu'à pratiquer par deux surjets faits à droite et à gauche de la ligne médiane, ou par un seul surjet, la réunion de la muqueuse et de la peau ano-rectale. »

CHAPITRE VI

Avantages de ce procédé

Nous ne voulons insister dans ce chapitre que sur les avantages immédiats du procédé de M. Villard, c'est-à-dire sur ses avantages au point de vue opératoire.

Nous nous sommes, en effet, étendus longuement déjà sur les résultats thérapeutiques satisfaisants des divers procédés sanglants et nous avons combattu avec preuves à l'appui les principaux griefs formulés contre l'opération de Whitehead et ses dérivés. Nous avons vu particulièrement que, en ce qui concerne les excisions totales d'hémorroïdes suivant son procédé, M. Villard avait pu répéter vingt-quatre fois cette opération sans jamais constater les résultats mauvais (relâchement du sphincter, et surtout rétrécissement éloigné) qui ont fait rejeter par certains chirurgiens, un peu trop à la légère, croyons-nous, l'extirpation totale des hémorragies par le bistouri.

Nous voulons dans ce chapitre montrer que la technique opératoire employée par M. Villard l'emporte en simplicité et en facilité sur les opérations de Whitehead typiques et modifiées.

La technique de notre maître, en effet, permet :

1° De voir exactement ce que l'on fait, et d'enlever seulement la muqueuse et les paquets hémorroïdaires y attenants, en respectant intégralement le sphincter.

2° De réduire au minimum l'hémorragie opératoire, en pinçant les vaisseaux aussitôt qu'on les coupe, vaisseaux que l'on a immédiatement sous les yeux et que l'on lie à l'union de la muqueuse saine et de la muqueuse malade.

1° *Avantage.* — On voit exactement ce que l'on fait, et l'on ne risque pas d'intéresser le sphincter. Dans le procédé de Whitehead on dissèque le manchon muqueux hémorroïdaire de bas en haut. Cette façon d'agir présente deux inconvénients.

a) On voit mal ce que l'on fait par suite de l'hémorragie, souvent abondante, due aux vaisseaux que l'on recoupe plusieurs fois de suite, au fur et à mesure que l'on prolonge plus haut la dissection muqueuse. En outre on s'expose, au cours de cette dissection, à intéresser plus ou moins les fibres sphinctériennes.

b) Ceci est d'autant plus facile que l'on donne les coups de ciseaux ou de bistouri dans une direction perpendiculaire à la direction générale des fibres du sphincter.

Au contraire dans le procédé de M. Villard, on dissèque, non suivant un manchon muqueux, mais suivant une banderolle muqueuse que l'on libère progressivement dans un sens parallèle à la direction des fibres du sphincter. Il est aussi plus facile de res-

ter dans le bon plan de clivage parce que la dissection du plan musculo-hémorroïdaire est plus facile et que d'autre part l'on voit tous les vaisseaux que l'on coupe, et qu'on les pince sans difficulté.

L'on enlève ainsi progressivement toute la zone malade sans qu'il soit possible de se perdre dans l'anneau sphinctérien.

Deuxième avantage. — Cet avantage consiste dans l'économie de sang des plus appréciables dans les cas de malades anémiés. Cette économie vient du fait que l'on ne coupe qu'une fois le même vaisseau ; qu'on aperçoit celui-ci dès qu'il est coupé, et qu'on le pince sans hésitation possible et non au petit bonheur comme on le fait dans la dissection de bas en haut du cylindre hémorroïdaire.

En résumé, au point de vue opératoire le procédé de M. Villard permet :

1° D'enlever toute la zone muqueuse malade sans perte appréciable de sang.

2° De respecter sûrement le sphincter ;

3° D'assurer, par quelques points de suture, ce qui est toujours facile après l'ablation de la portion muqueuse malade, la continuité de la muqueuse avec la peau et de rétablir ainsi la couverture muqueuse du sphincter.

Ces dernières raisons nous expliquent que sur vingt-quatre opérations pratiquées par M. Villard, nous n'observons aucun échec, c'est-à-dire, dans tous les cas la guérison est obtenue *sans récurrence, sans troubles de relâchement* du sphincter, et sans *rétrécissement ultérieur* de l'anus.

OBSERVATIONS

Les observations que nous présentons et que M. Villard a bien voulu mettre à notre disposition se rapportent toutes à des hémorroïdaires de sa clientèle privée ou de son service à l'hôpital, qu'il a été possible de retrouver plusieurs années après l'intervention qu'ils ont subie. A tous ces malades, opérés pour la plupart par notre maître, quelques-uns seulement par MM. les docteurs Müller et Desgouttes, on a fait l'excision totale circulaire.

Ce qui fait l'intérêt de ces observations c'est qu'elles sont toutes inédites, et qu'elles sont complétées par le résultat de l'examen de ces anciens opérés qu'on a revus en grande partie cette année même, ou par les réponses faites par lettre que les six malades qui n'ont pu se rendre à Lyon nous ont adressées.

OBSERVATION I

Hémorroïdes internes devenues procidentes. — Douleurs très vives. — Hémorragies modérées. — Procédé de Whitehead modifié. — Résultat excellent et persistant tel depuis neuf ans.

M. B..., employé, vingt-huit ans, souffre depuis plusieurs années d'hémorroïdes. Jusqu'à ces derniers temps

elles ne se traduisent que par de légères douleurs et quelques filets de sang à l'occasion des garde-robes.

Depuis six mois les paquets variqueux sont plus volumineux et sortent à chaque défécation. Cette procidence s'accompagne de douleurs très aiguës, cuisantes et d'un écoulement de sang peu abondant.

Après chaque selle, le malade doit s'étendre sur son lit, pour réduire à la main le bourrelet hémorroïdaire : cette manœuvre demande souvent dix minutes à un quart d'heure de pression continue. Les souffrances ne s'apaisent qu'avec la réduction de la procidence.

Comme ce malade est employé dans une maison de soieries, il est obligé de choisir le moment où il se présentera à la garde-robe. En général il attend le soir, avant de se coucher.

M. Villard pratique en octobre 1898 l'excision totale circulaire de tout le paquet variqueux.

Les suites immédiates sont des plus heureuses. Un mois après l'intervention le malade reprend ses occupations.

Résultat éloigné. — Nous avons pu retrouver et examiner ce malade en octobre 1907. Il nous dit que l'opération qu'il a subie il y a neuf ans l'a complètement débarrassé de ses hémorroïdes et de leur cortège symptomatique : douleurs et hémorragies. Il ne lui reste qu'un peu de constipation. Ses selles sont de volume normal, jamais d'incontinence.

La région anale ne porte pour ainsi dire aucun indice d'intervention antérieure, sauf sur un point, où il existe une petite ligne cicatricielle très nette. Plis rayonnés nombreux. Le sphincter est perméable et contractile.

Aucune trace de nouvelle production variqueuse.

Ce malade garde une grande reconnaissance à son opérateur.

OBSERVATION II

Hémorroïdes volumineuses, douloureuses et donnant du sang : accidents d'étranglement. — Whitehead modifié. — Excellents résultats.

M. M... quarante-deux ans, était porteur depuis plusieurs années de tumeurs hémorroïdaires ne lui occasionnant qu'un peu de gêne à la défécation et d'insignifiantes pertes de sang. Elles devinrent procidentes à plusieurs reprises ; mais se réduisirent toujours spontanément.

Un mois environ, avant d'être opéré, les accidents hémorroïdaires brusquement s'aggravèrent. Le malade eut une crise de turgescence et d'étranglement avec douleurs extrêmement violentes, et hémorragies. Cette crise ne dura que quelques jours, mais l'écoulement sanguin, et les phénomènes douloureux persistant, il vint réclamer une intervention.

Excision totale circulaire pratiquée par M. Villard en septembre 1899.

Les suites immédiates se passèrent sans incident.

Résultat éloigné. — En 1903, ce malade était revu par M. Villard qui constatait un parfait résultat fonctionnel. Hémorragies et douleurs avaient complètement disparu depuis l'opération ; les selles étaient normales et régulières.

OBSERVATION III

Gros bourrelet hémorroïdaire avec procidence et étranglement. — Hémorragies considérables avec anémie. — Whitehead modifié. — Résultat aussi satisfaisant que possible.

M. P..., coiffeur, vingt-neuf ans, est porteur d'hémorroïdes depuis quatre ans.

Elles sortent régulièrement à chaque défécation laquelle

est toujours pénible, le malade étant constipé, ou à l'occasion d'une fatigue excessive. Chaque mois, pertes modérées de sang, d'urant quatre à cinq jours.

Depuis plusieurs mois ces hémorragies sont plus fréquentes et beaucoup plus abondantes. Enfin accidents brusques d'étranglement avec douleurs intenses.

Le malade en pleine crise d'étranglement hémorroïdaire est opéré par M. Villard, le 30 mai 1900 : excision totale circulaire. Malgré l'état fluxionnaire de la région anale, l'hémorragie opératoire est très modérée.

Suites immédiates. — La réunion par première intention est obtenue comme d'habitude.

Résultat éloigné. — Nous avons revu ce malade en octobre 1907. Depuis sept ans douleurs et hémorragies rectales n'ont pas reparu. Il accuse un léger prurit anal, plus marqué à certaines époques. La constipation a persisté, mais on ne constate pas de rétrécissement ; le sphincter est dilatable normalement.

En somme c'est donc un beau résultat qui s'est maintenu, bien que le malade ait été opéré en pleine crise d'étranglement.

OBSERVATION IV

Hémorroïdes internes avec procidence et hémorragies. Neurasthénie. — Whitehead modifié. — Résultat très satisfaisant et s'étant maintenu tel depuis six ans et demi.

M. F..., docteur en médecine est opéré par M. Villard le 22 octobre 1900, pour un gros paquet hémorroïdaire dont il est porteur depuis de longues années. Ces tumeurs variqueuses prolabaient à l'an us à chaque défécation et occasionnaient de fréquentes pertes de sang. Cette procidence qui se réduisait, soit spontanément, soit à l'aide de pressions

exercées par la main, avait forcé le malade en raison de sa profession, à se présenter à la garde-robe à des heures particulières. Ces accidents avaient conduit ce malade à un degré assez marqué de neurasthénie.

Les suites immédiates de l'excision totale circulaire ne donnèrent lieu à aucun incident.

Résultat éloigné. — M. F..., a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants : « Le résultat de l'opération que j'ai subie il y a quelques années a été parfait, jusqu'ici du moins. Depuis, en effet, je n'ai observé ni douleur pour aller à la selle, ni hémorragie, ni nouveau bourrelet hémorroïdaire. En un mot pas de récive.

L'opération m'a donc complètement guéri. Le seul petit inconvénient que j'ai observé (les premiers temps surtout) c'était un manque de tonicité du sphincter anal. Les matières solides étaient bien gardées, mais si par hasard, j'avais un peu de diarrhée, qu'elle se produisit d'elle-même, ou à l'occasion d'un purgatif, ces matières liquides n'étaient pas aussi bien retenues qu'avant l'intervention.

La tonicité a beaucoup augmenté ; il me semble pourtant qu'elle n'est pas encore ce qu'elle était jadis. Mais c'est très peu de chose ».

En terminant sa lettre, M. F..., déclare que M. Villard lui a rendu un très grand service ; il lui en exprime toute sa reconnaissance.

OBSERVATION V

Hémorroïdes internes douloureuses, saignantes devenues procidentes et irréductibles. — Whitehead modifié. — Bon résultat.

Mme V..., quarante six ans, est opérée le 3 décembre 1902, par M. Villard pour une volumineuse couronne hémorroïdaire qui la fait souffrir depuis longtemps.

A chaque selle, qu'elles rendaient douloureuse, les tumeurs variqueuses devenaient procidentes et saignantes. Elles se réduisaient généralement tout seules. La constipation était opiniâtre.

Quelques jours avant d'être opérées, les hémorroïdes restent procidentes après la défécation. Le taxis ne peut les réduire. Les douleurs deviennent intenses entraînant des pertes de sang et de l'insomnie.

A la suite de l'excision totale circulaire, la malade est vite guérie.

Résultat éloigné. — Cette malade a été revue cette année même par M. le docteur Branche, qui nous déclare que l'état fonctionnel de l'anus est parfait, et qu'il n'y a pas trace de récédive.

OBSERVATION VI

Hémorroïdes volumineuses. — Hémorragies abondantes et périodiques. — Grande anémie. — Whitehead modifié. — Résultat immédiat parfait et s'étant maintenu tel pendant trois ans.

B... Charles, quarante ans, manœuvre, entre le 12 août 1902, dans le service de M. Villard à l'hôpital de la Croix-Rousse. Constipation habituelle : les hémorroïdes dont souffre le malade sortent assez fréquemment ; peu de douleurs. Hémorragies abondantes, se reproduisant environ tous les mois, et durant parfois de dix à quinze jours ; sous l'influence de ces pertes de sang, le malade s'anémie et maigrit notablement.

Excision totale circulaire le 18 août pratiquée par M. Villard.

Résultat immédiat. — Bien que plusieurs fils aient coupé la muqueuse, la réunion par première intention n'en est pas

moins obtenue, elle est complète quand le malade quitte le service le 9 septembre. On note encore qu'un léger écoulement sanguin aurait persisté jusqu'à la sortie de ce malade.

Résultats éloignés. — B... a été revu trois ans après cette opération, à la consultation de M. Villard, à cette date, les hémorroïdes n'avaient pas reparu ; les selles étaient normales et bien retenues, les douleurs et les hémorragies avaient complètement disparu. Malgré les recherches que nous avons faites ces temps derniers, il ne nous a pas été possible de retrouver ce malade.

OBSERVATION VII

Hémorroïdes totales avec bourrelets interne et externe. — Pertes de sang très abondantes. — Anémie profonde. — Whitehead modifié. — Résultats s'étant maintenus excellents pendant les trois années consécutives à l'opération.

M. R..., quarante ans, très vigoureux et très actif, est opéré le 21 juillet 1902 par M. Villard pour des poussées hémorroïdaires successives. Des hémorragies fréquentes et abondantes survenant à des intervalles très irréguliers, ont plongé le malade dans un état d'anémie considérable. Cet homme, amaigri, accuse en outre des palpitations et des vertiges.

L'examen local montre un double bourrelet variqueux assez volumineux avec quelques ulcérations.

Excision totale circulaire. Les suites de l'opération se passèrent sans incident. *Les suites éloignées* furent excellentes tant au point de vue fonctionnel de l'anus, qu'au relèvement de l'état général. Ce malade qui était un brillant alpiniste avait dû renoncer à ce sport depuis deux ans ; il avait pu le reprendre quelques temps après l'intervention. Enfin il succombait en 1905 à une granulie.

OBSERVATION VIII

Hémorroïdes internes datant de quatre ans, devenues pro-cidentes depuis huit mois, occasionnant des douleurs très vives. — Hémorragies fréquentes, anémie. — Whitehead modifié. — Bons résultats.

R... Benoit, manoeuvre, cinquante et un ans, entre le 19 septembre 1902, à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, dans le service de M. Villard.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels de ce malade. Il a toujours joui d'une bonne santé.

Depuis quatre ans, il est porteur d'hémorroïdes qui ne le font souffrir qu'à la défécation. Au moment des selles, légères pertes de sang : jamais de constipation. Dans l'intervalle des selles il ne ressent qu'une simple sensation de pesanteur.

Il y a huit mois, ces paquets variqueux deviennent pro-cidents et font à l'anus une saillie grosse comme une noix. Peu marquée le matin, la tumeur hémorroïdaire sort dès que le malade fait quelques mouvements. Elle détermine des douleurs si aiguës que tout travail devient impossible. Ces souffrances sont encore accrues quand le malade va à la selle. Perte de sang assez marquée à chaque garde-robe. Le malade est pâle et très faible.

A l'examen, on constate de grosses hémorroïdes internes en couronne, faisant saillie en dehors de l'anus. Ce bourrelet est rouge violacé : la pression qui est très douloureuse fait apparaître quelques filets de sang : Pas d'érosions bien nettes.

Le 23 septembre, excision totale circulaire de tout le bourrelet, par M. Villard.

Résultats immédiats. — Bien que quelques fils aient lâché, la réunion cutanéomuqueuse est obtenue au bout de quelques jours. Le malade sort guéri le 10 octobre.

Résultats éloignés. — Ce malade est revu en février 1907

par M. le docteur Desgouttes. Depuis son opération les selles sont assez régulières, et s'accomplissent sans douleur aucune. Les hémorragies ont complètement cessé. Le toucher rectal montre que le sphincter a conservé toute sa tonicité et sa perméabilité. Pas de trace de nouvelle production hémorroïdaire.

L'état de l'anus est parfait : la ligne cicatricielle est complète sur toute la circonférence de l'anus, c'est à peine si on la voit.

R..., n'a jamais regretté l'intervention qu'il a subie.

OBSERVATION IX

Hémorroïdes anciennes avec crises d'étranglement dont une très nette. — Douleurs excessivement vives. — Peu d'hémorragie. — Hémorroïdes procidentes à l'occasion d'efforts seulement, il fallait les réduire au doigt. — Whitehead modifié. — Résultats excellents.

B... Jacques, trente-cinq ans, mécanicien, entre le 3 octobre 1902 à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de M. Villard.

Depuis près de vingt ans, ce malade souffre d'hémorroïdes : dans les premières années de son affection il n'éprouvait qu'un peu de douleur à la défécation. Plus tard, il constata plusieurs petites tumeurs à l'anus ; au début celles-ci rentraient seules : mais il fallut bientôt les réduire par la pression.

Il y a environ quatre ans, les accidents brusquement s'aggravèrent : le malade eut une crise de turgescence et d'étranglement hémorroïdaire. La tumeur anale devint volumineuse et des douleurs atroces s'ensuivirent. Cette crise dura quatre à cinq jours, et disparut à la suite d'une assez importante perte de sang.

Les douleurs vives et les hémorragies ne se répètent qu'à intervalles irréguliers.

Excision totale circulaire, le 5 octobre par M. Villard et le 20 octobre le malade quitte le service complètement guéri.

Résultats éloignés. — Ce malade est revu en janvier 1907. Il n'a plus eu, depuis son opération, de douleurs, ni de procidence, ni d'hémorragies. L'aspect de l'anus est absolument normal et son sphincter qui a toute son énergie contractile se laisse dilater normalement. Le résultat est donc absolument parfait.

OBSERVATION X

Gros paquet hémorroïdaire ancien avec accidents de procidence et d'étranglement. — Douleurs très vives. — Hémorragies assez abondantes et fréquentes. — Neurasthénie. — Whitehead modifié. — Résultats immédiats excellents s'étant maintenus tels depuis l'intervention.

M. R..., quarante-six ans. Est porteur d'hémorroïdes depuis quinze ans. Douleurs supportables à chaque selle. Pertes de sang légères, mais fréquentes. Le malade a toujours été très constipé.

Depuis cinq ans le bourrelet variqueux sort à chaque défécation occasionnant des douleurs cuisantes et des pertes de sang parfois abondantes. La procidence est en général facilement réductible au doigt. Pourtant, à deux reprises, des phénomènes d'étranglement hémorroïdaire se sont produits. Un suintement muco-sanguin a déterminé au niveau de la région anale et à la face interne des cuisses un état eczémateux chronique avec prurit intense, empêchant le malade de dormir. Ces accidents, qui durent depuis plusieurs années, ont retenti sur l'état général et s'accompagnent d'une neurasthénie assez marquée.

Ce malade a déjà subi il y a quatre ans une dilatation sphinctérienne, mais sans résultats durables. Après bien des hésitations, il consent à une intervention sanglante.

M. Villard pratique, le 1^{er} novembre 1902, l'excision circulaire des paquets hémorroïdes.

Les suites immédiates se passent sans incident. Trois semaines après l'opération, le malade reprend ses fonctions à l'Hôtel-Dieu.

Résultats éloignés. — M. R... a été revu plusieurs fois par M. Villard. Nous l'avons examiné nous-même en octobre 1907. Les troubles hémorroïdaires ont complètement disparu. Très préoccupé par la crainte d'un rétrécissement possible, le malade s'est plaint longtemps de constipation. Il en accuse encore. Il a souffert aussi au début de légères sensations prurigineuses qui, aujourd'hui, ont complètement disparu.

L'examen local montre une cicatrice cutanéomuqueuse à peine visible; elle donne au doigt la sensation d'un fil légèrement tendu. Mais il n'y a pas trace de rétrécissement: le sphincter est bien dilatable et le volume des matières est normal.

OBSERVATION XI

Hémorroïdes internes très volumineuses; procidence peu marquée. — Abondantes hémorragies. — Douleurs modérées. — Whitehead modifié. — Résultat immédiat parfait et se maintient tel depuis cinq ans.

G... Pierre, trente-quatre ans, dessinateur, entre le 14 novembre 1902 à l'hôpital de la Croix-Rousse; salle Saint-Pothin, dans le service de M. Villard.

Père et mère vivants et bien portants. Un frère et trois sœurs en bonne santé.

Le malade tousse depuis deux ou trois ans. Mais on ne lui trouve aucun signe pulmonaire.

Il est atteint d'hémorroïdes depuis six ans. Au début de son affection, il ressentait comme une tension, une pesanteur à la région anale. La marche et la station debout deviennent bientôt pénibles.

Mais les douleurs étaient plus marquées au moment des selles. Cependant, il continuait d'exercer sa profession.

A la suite d'une perte abondante de sang, il resta environ un an sans nouvelle hémorragie et sans aucune douleur.

Mais depuis quatre ans, les hémorragies ont reparu et elles se sont succédé d'abord à intervalles éloignés, tous les trois ou quatre mois, puis plus rapprochés jusqu'à se renouveler, depuis mars 1902, tous les mois. Les douleurs qui accompagnaient ces pertes sanguines étaient modérées.

A son entrée à l'hôpital, on note que l'état général du malade est assez mauvais. Au toucher anal, on sent de grosses hémorroïdes internes, sans tendance bien nette à la procidence.

Excision totale circulaire le 22 novembre par M. Villard. Le malade quitte l'hôpital le 4 décembre: la réunion cutanéomuqueuse étant complète.

Résultats éloignés. — Cinq ans après, M. G... répond par lettre aux demandes qui lui ont été adressées. Depuis l'opération il n'a plus souffert et jamais il n'a eu la moindre perte de sang par l'anus. Il ne regrette qu'une chose, c'est de ne pas s'être fait opérer plus tôt.

OBSERVATION XII

Grosses hémorroïdes externes. — *Plusieurs poussées très douloureuses avec hémorragies graves.* — *Anémie profonde.* — *Whitehead modifié.* — *Bons résultats.*

C... Joseph, cinquante ans, tisseur, entre le 5 décembre 1902 dans le service de M. Villard, à la Croix-Rousse.

Sa mère, qui est morte d'une attaque d'apoplexie, aurait souffert d'hémorroïdes. Père mort à soixante-douze ans d'une pneumonie.

Bonne santé pendant son enfance qu'il passa en Italie. Depuis trente ans, il remarqua que ses selles contenaient du sang. Ces pertes sanguines étaient peu abondantes et apparaissaient à la suite d'une fatigue ou des efforts faits à la selle, car ce malade était très constipé. Légères douleurs.

Ces accidents durèrent six mois et disparurent à la suite d'un traitement médical.

Il y a trois ans, C... remarqua qu'à l'occasion de chaque selle une tumeur de la grosseur d'une noix venait faire saillie à l'anus. Cette tumeur était excessivement douloureuse et lui faisait redouter le moment où il faudrait aller à la garde-robe. Elle était facilement réductible, soit spontanément, soit à l'aide de légères pressions.

Cette seconde poussée qui dura six mois céda encore au traitement médical.

Depuis deux ans, les hémorroïdes ont reparu. Pas de procidence, mais elles s'accompagnent cette fois de douleurs très modérées et de fortes hémorragies survenant très irrégulièrement, au moins une fois par mois. A chaque reprise, pendant huit à dix jours, toutes les selles sont suivies d'un écoulement sanguin. Le malade est très affaibli et anémié.

Le 21 décembre, M. Villard fait l'excision totale circulaire de tout le bourrelet variqueux.

Résultats immédiats. — L'état général s'améliore rapidement. Quelques points de suture ont lâché; malgré cet accident, la cicatrisation de la ligne cutanéomuqueuse se fait normalement. Le malade accuse quelques légères douleurs à la défécation. Il sort le 15 janvier 1903.

Résultat éloigné. — Le 26 janvier 1903, C... vient à la consultation de M. Villard. Il se plaint encore des mêmes douleurs qu'il avait en quittant l'Hôpital. On note à cette

époque un très léger prolapsus de la muqueuse, sur un point seulement.

Nous l'avons revu en octobre 1907. Il dit avoir souffert pendant les huit premiers mois qui ont suivi son opération. Depuis il n'a jamais rien ressenti. Il n'a jamais eu d'hémorragie ni d'incontinence de matières. L'anus semble normalement conformé, sans prolapsus, les selles sont presque quotidiennes.

C... est enchanté du résultat.

OBSERVATION XIII

Hémorroïdes depuis huit ans. — Hémorragies à intervalles irréguliers. — Elles sont peu abondantes. — Douleurs modérées. — Whitehead modifié. — Résultat parfait.

R... Henri, quarante-neuf ans, tisseur, entre le 17 avril 1903 à l'hôpital de la Croix-Rousse. Il est admis dans le service de M. Villard, salle Saint-Pothin.

Mère morte de suite de couches.

Père mort d'un accident.

Plusieurs frères ou sœurs morts d'affections variées. Bonne santé habituelle. Il y a treize ans, ce malade eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui envahit les quatre membres et l'immobilisa trois mois à l'hôpital.

Les hémorroïdes dont il est porteur se révélèrent brusquement, il y a huit ans, par une abondante hémorragie, sans douleur.

Jusqu'à ces dernières années, des pertes de sang irrégulières furent le seul symptôme qu'il remarqua. Suivant son expression, le malade « faisait du sang sans s'en apercevoir ».

Depuis deux ans les hémorragies diminuent de fréquence, mais les douleurs apparaissent. Elles sont pour ainsi dire continues. La défécation les augmente.

En examinant la région anale, on remarque tout autour de l'anus un double bourrelet hémorroïdaire, peu volumineux.

Excision totale circulaire le 2 mai, et le malade quitte l'hôpital le 25 mai. Il est complètement guéri.

Résultats éloignés. — Cet ancien opéré raconte à M. Desgouttes, qui le revoit en janvier 1907, que depuis l'intervention qu'il a subie il n'a jamais eu aucun trouble du côté de l'anus. L'examen local confirme sa déclaration, et c'est à peine si l'on retrouve la ligne cicatricielle muco-cutanée. Pas trace de récurrence.

OBSERVATION XIV

Volumineuses hémorroïdes internes. — Procidence et parésie du sphincter anal. — Hémorragies abondantes et quotidiennes. — Anémie profonde. — Whitehead modifié. — Résultats excellents malgré l'âge du sujet.

M. P..., soixante ans, est opéré le 9 mai 1903 par M. Villard. Ce malade est porteur d'un gros paquet hémorroïdaire procident. La tonicité du sphincter anal est diminuée, et ce malade est dans l'impossibilité de retenir ses matières à la moindre ébauche de diarrhée.

Ces tumeurs variqueuses sont accompagnées d'un suintement constant d'une sécrétion muco-purulente et de pertes de sang quotidiennes et parfois abondantes. Ces hémorragies répétées ont provoqué une anémie très accentuée. P... est, depuis quelque temps dans l'impossibilité de continuer ses occupations. Son état général est très mauvais.

Excision totale circulaire de tout le bourrelet hémorroïdaire.

Résultats éloignés. — M. P... est revu en février 1907 par M. le docteur Branche. A la suite de l'intervention,

l'état général s'est rapidement amélioré. Les hémorragies ont complètement disparu. Une légère sécrétion de mucus persiste encore, mais ne l'incómmode pas dans ses occupations, qu'il a reprises depuis longtemps. Aucune production variqueuse n'a reparu. Et ce qui est intéressant à noter, c'est que le sphincter a repris assez de tonicité pour permettre au sujet une continence plus marquée contre la diarrhée.

OBSERVATION XV

Hémorroïdes procidentes volumineuses. — Douleurs vives. — Pertes de sang abondantes. — Anémie. — Whitehead modifié. — Résultat immédiat excellent et s'étant maintenu tel depuis l'intervention.

J... Marie, cinquante-trois ans, tisseuse, entre le 11 mai 1903 à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de M. Villard.

On ne note rien de spécial dans les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels. Elle était très sujette aux migraines et depuis longtemps elle souffrait de troubles gastriques et d'une constipation opiniâtre, la malade restant plusieurs jours sans aller à la selle.

Vers l'âge de vingt ans, elle commença à ressentir quelques douleurs à chaque défécation. Un peu plus tard elle remarqua des filets de sang mélangés aux matières. Ces accidents, lentement, mais progressivement, sont devenus très intenses. Actuellement, la malade perd et souffre beaucoup, même dans l'intervalle des selles. Elle est très affaiblie.

A son entrée, on note un gros bourrelet d'hémorroïdes internes faisant saillie à l'anus. Consistance molle, pas d'ulcérations apparentes.

Excision totale circulaire le 19 mai 1903 par M. Villard. La malade sort le 12 juin suivant, complètement guérie.

Résultats éloignés. — M^{me} J... a été revue en janvier 1907 par M. Desgouttes. Depuis l'opération, elle n'a jamais souffert et n'a plus perdu de sang par l'anus. En l'examinant, on trouve un petit liséré blanchâtre qui donne au doigt la sensation d'un fil. Pas de rétrécissement. Pas d'incontinence. Elle est très satisfaite de son opération.

OBSERVATION XVI

Hémorroïdes internes non procidentes. — Douleurs et hémorragies de moyenne intensité. — Whitehead modifié. — Résultats très satisfaisants.

M... Joseph, quarante-cinq ans, carrossier, entre le 5 août 1904 à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de M. Villard.

Bonne santé habituelle.

Depuis plusieurs années, ce malade est porteur d'hémorroïdes qui se traduisaient au début par de légères douleurs à la défécation.

Mais depuis six mois, les douleurs, quoique modérées, s'accompagnent de pertes de sang assez notables. De faux besoins le tourmentent souvent, le réveillent la nuit et le gênent dans l'exercice de sa profession.

Excision totale circulaire le 8 août et le 25 août le malade quitte l'hôpital. Bien que quelques fils aient lâché, la réunion cutanéomuqueuse est complète.

Résultats éloignés. — Ce malade est revu en février 1907 par M. Desgouttes. Depuis l'intervention, il n'a ni hémorragie, ni douleurs, ni incontinence des matières, ni rétrécissement. Au toucher, on sent un anneau sphinctérien

dilatable et parfaitement contractile. A l'union de la peau et de la muqueuse, on remarque une petite ligne blanche très nette, différente de ce qu'on rencontre habituellement. En plus, deux petites végétations au niveau des fils qui ont coupé la muqueuse.

OBSERVATION XVII

Hémorroïdes internes depuis six ans. — Douleurs dès le début. — Hémorragies depuis deux ans et demi seulement. — Pas d'anémie. — Whitehead modifié. — Résultats excellents.

C. Pierre, vingt-sept ans, menuisier, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse. Il est admis le 6 août 1904 dans le service de M. Villard.

Pendant qu'il était au régiment, il ressentait à chaque défécation d'assez vives douleurs. Mais il ne remarqua jamais de tumeur faisant saillie à l'anus.

Depuis deux ans et demi, il a des pertes de sang périodiques, tous les mois; elles durent quatre à cinq jours.

Mais les douleurs se sont accentuées depuis trois mois et gênent le malade dans ses occupations. Les hémorragies sont aussi plus fréquentes. Enfin, depuis plusieurs jours, le malade accuse une certaine gêne de la miction.

L'examen de la région anale montre une collerette de paquets hémorroïdaires plus marqués à gauche. Au toucher rectal, on sent des tumeurs variqueuses également plus marquées à gauche où elles atteignent la grosseur d'une amande.

Le 8 août, M. Villard lui fait une excision totale circulaire.

Résultat immédiat. — Le 11 août : le malade, depuis l'opération, n'a pu uriner seul; il faut le sonder. Douleurs

vives à la région anale avec envies fréquentes d'aller à la selle. Léger écoulement sanguin. Pas de température.

14 août. — Il faut toujours sonder le malade. Le suintement sanguin a presque complètement disparu.

16 août. — Le malade urine seul, sans souffrance. Les douleurs anales existent encore.

20 août. — L'état général est très satisfaisant. Le malade va à la selle et n'éprouve presque plus de douleur.

28 août. — Il quitte le service.

• *Résultats éloignés.* — Ce malade est revu en janvier par M. Desgouttes. Il dit avoir souffert pendant quatre mois à l'occasion des selles ou d'une fatigue; mais ces douleurs n'étaient jamais bien violentes. Depuis son opération, il a toujours bien retenu ses matières et les fèces n'ont jamais été mélangées à du sang.

M. Desgouttes constate à la région anale une ligne cicatricielle parfaitement nette: les plis radiés sont normaux et le sphincter ne laisse rien à désirer. En somme, c'est un beau résultat.

OBSERVATION XVIII

Hémorroïdes internes; légère procidence. — Gros bourrelet hémorroïdaire externe. — Douleurs violentes avec hémorragies. — Whitehead modifié. — Très bons résultats.

A... Jeanne, lingère, cinquante-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu et est admise le 16 août 1905 dans le service de M. Villard, salle Gensoul.

Réglée à douze ans, elle perdait pendant huit jours. Mariée à vingt ans. Prolapsus de l'utérus maintenu par une ceinture.

Les hémorroïdes datent de vingt-cinq ans. La malade a toujours été très constipée. Dans sa jeunesse, elle aurait eu un prolapsus du rectum.

Pendant de longues années, ces tumeurs variqueuses n'ont gêné la malade que par quelques légères douleurs.

Mais depuis trois ans, les douleurs sont devenues très violentes, retardant à chaque défécation, l'expulsion des fèces. Sous l'influence de purgatifs répétés l'affection a empiré, les douleurs sont devenues intolérables et les hémorragies sont abondantes.

On note à l'examen : Gros bourrelet hémorroïdaire externe en collerette. Au toucher on sent des hémorroïdes internes, mais peu volumineuses.

Le 19 août 1905, M. Villard pratique l'excision totale circulaire. Les suites se passent sans incident et la malade sort de l'hôpital le 4 septembre.

Résultats éloignés. — Cette malade nous a répondu par lettre que depuis son opération elle n'avait jamais plus eu d'accidents douloureux et hémorragiques, ni aucun trouble de la défécation. Aucune tumeur n'a reparu à la région anale. Son état général est des plus satisfaisants.

OBSERVATION XIX

Hémorroïdes internes procidentes. — Douleurs et léger écoulement sanguin. — Whitehead modifié. — Résultats parfaits.

C... Louis, plâtrier, trente-neuf ans, entre le 15 septembre 1905 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, dans le service de M. Villard.

Ce malade est porteur d'hémorroïdes depuis quatre à cinq ans. Quelques légères douleurs à chaque défécation. De temps en temps il remarquait un peu de sang délayé avec les fèces.

Depuis dix jours seulement, les tumeurs variqueuses sont devenues procidentes, occasionnant de très vives douleurs. Constipation opiniâtre.

On voit en examinant la région anale un bourrelet assez volumineux, tuméfié, rouge violacé et très douloureux faisant tout le tour de l'orifice anal. Pas d'ulcération.

Excision circulaire totale le 16 septembre pratiquée par M. le docteur Müller.

Résultats immédiats. — L'opéré quitte l'Hôtel-Dieu le 2 octobre, la réunion de la plaie opératoire est à peu près complète.

Résultats éloignés. — Nous avons revu C... en novembre 1907. Il dit avoir eu dans les premières semaines qui suivirent sa sortie de l'hôpital de légères démangeaisons anales, accompagnant une sécrétion séro-muqueuse peu importante. Mais ces troubles ont complètement disparu. Actuellement les selles sont régulières, faciles, sans incontinence stercorale.

A l'anus, les plis radiés sont multiples, la ligne cicatricielle cutanéomuqueuse est parfaite sur toute la circonférence anale. Aucune trace d'hémorroïde nouvelle, décelable ni à la vue ni au toucher. Le sphincter a conservé toutes ses propriétés de tonicité et de dilatibilité.

Le malade est enchanté de ce résultat.

OBSERVATION XX

Hémorroïdes externes avec poussées inflammatoires fréquentes et très douloureuses. — Hémorroïdes internes. — Hémorragies assez considérables. — Whitehead modifié. — Résultat satisfaisant malgré une légère atonie sphinctérienne qui persiste depuis quinze mois.

V... Pierre cinquante-sept ans, maçon, entre le 16 octobre 1905 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Villard.

Hémorroïdes depuis quinze ans. Au début le malade remarquait à chaque défécation que la muqueuse rectale avait tendance à sortir par l'anus. Aucune douleur, pas d'écoulement sanguin. Constipation alternant avec périodes de diarrhée.

Depuis six mois des douleurs très marquées se font sentir à la région anale; elles sont parfois absolument insupportables pendant quatre à cinq jours consécutifs et leur disparition assez brusque correspond à une perte de sang abondante. A chacune de ces poussées, la région anale est tendue et douloureuse.

A l'examen, on constate une petite tumeur allongée, rouge, molle, de la grosseur d'une amande; elle se continue directement avec la peau de la marge de l'anus sans trace de sillon isolant le pourtour de cette tumeur.

Le doigt pénètre facilement dans l'anus, et reconnaît la présence d'hémorroïdes internes assez considérables.

Excision totale circulaire le 19 octobre par M. Villard.

Résultat immédiat. — Réunion rapide des lèvres de la plaie opératoire. Le malade quitte le service le 5 novembre complètement guéri.

Résultats éloignés. — Voici ce qu'écrivait le 29 janvier 1907, M. V..., qui habite actuellement une ville du Midi: « Depuis l'intervention qu'il a subie, les hémorragies et les douleurs ont complètement disparu. Aucune tumeur hémorroïdaire n'a reparu à l'anus. Il ressent, à cette région, de légères démangeaisons. Il va régulièrement à la selle, mais, dit-il, « il ne peut retenir longtemps les matières quand elles viennent. » Malgré ces quelques inconvénients, il se déclare satisfait de son opération.

OBSERVATION XXI

Hémorroïdes externes; petites hémorroïdes internes. — Douleurs violentes. — Hémorragies modérées. — Un peu de prolapsus. — Whitehead modifié. — Bon résultat.

V... Jeanne, cinquante-trois ans, femme du malade précédent, est opérée par M. Villard, le 3 décembre 1905. Elle réclame une intervention pour des tumeurs anales qui depuis quelques mois la font vivement souffrir. Elle remarque assez souvent des caillots de sang mélangés aux selles, ou encore un petit flot sanguin suivant l'expulsion des fèces.

M. Villard note un gros paquet hémorroïdaire externe, et un peu de prolapsus de la muqueuse rectale. Au toucher il sent une légère couronne d'hémorroïdes internes.

Excision totale circulaire le 4 décembre 1905. Les suites immédiates se passèrent sans incident. Le 24 décembre la malade reprenait ses occupations.

Résultats éloignés. — Nous n'avons également sur cette malade des renseignements que par lettre. Elle n'a plus de douleurs en allant à la selle. Le bol fécal est de volume normal, et est parfaitement retenu. Elle accuse d'assez fréquentes démangeaisons à l'intérieur du rectum, et parfois un léger filet de sang sur les matières. Pas de productions hémorroïdaires nouvelles. Elle ne regrette pas du tout l'intervention qu'elle a subie.

OBSERVATION XXII

Hémorroïdes externes avec fissure. — Douleurs très vives. — Pas d'hémorragie. — Whitehead modifié. — Suites parfaites.

C... Marie, lingère, quarante-neuf ans, entre le 6 décembre 1905 à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, dans le service de M. Villard.

Nous n'avons rien à signaler de son passé pathologique, sinon une constipation habituelle, et un lipôme à la cuisse, dont elle fut opérée dans le service, il y a huit ans.

Depuis un an la malade a remarqué plusieurs petites tumeurs molles au niveau de l'anus. Depuis cette même époque la défécation est devenue très douloureuse et les souffrances ont un caractère particulier. La douleur, réveillée par le passage du bol fécal, est, au début, de moyenne intensité. Elle va progressant pour atteindre son maximum trois ou quatre heures après. Cette même douleur apparaît à la suite d'une fatigue ou d'une longue marche. La malade est toujours très constipée, mais n'a jamais observé d'écoulement sanguin.

L'examen de la région anale montre un gros bourrelet d'hémorroïdes externes et une fissure dans un des plis rayonnés de la partie postérieure de l'anus.

Rien de spécial au foie, au cœur. Pas de tumeur abdominale.

Excision totale circulaire par le procédé de M. Villard.

Résultat immédiat. — La ligne de cicatrisation muco-cutanée est complète quand la malade quitte l'hôpital le 25 décembre 1905.

Résultats éloignés. — Cette malade a été revue dans le courant de février 1907 à la consultation de M. Villard.

Depuis l'opération, pas d'atonie sphinctérienne. La malade retient parfaitement ses selles qui sont devenues presque quotidiennes. Mais elle ressent encore de temps en temps de légères cuissons au niveau de l'anus.

En examinant cette région, on voit deux petites tumeurs molles et indolentes à la limite de la peau et de la muqueuse. La ligne d'incision cutanéomuqueuse est à peine perceptible. L'anus est normal avec plis radiés et multiples. Le sphincter est perméable et contractile d'une façon normale. En somme, le résultat est excellent.

OBSERVATION XXIII

Hémorroïdes procidentes avec léger prolapsus. — Douleurs violentes. — Hémorragies légères et depuis peu de temps seulement. — Whitehead modifié. — Résultat immédiat parfait, persistant tel depuis l'opération.

R... Joséphine, vingt-huit ans, tisseuse, entre le 23 janvier 1906 à l'Hôtel-Dieu, salle Geisouil, dans le service de M. Villard.

A la suite d'un accouchement, il y a trois ans, la malade remarqua en même temps que des varices aux jambes de petites tumeurs molles, situées à l'anus. Les efforts de la défécation les rendaient plus saillantes et un peu douloureuses. Mais pas d'écoulement sanguin.

Une autre grossesse, il y a un an, augmente le nombre et le volume de ces tumeurs anales. Il lui semble que « toute la partie inférieure du fondement sort par l'anus ». Non seulement à l'occasion des efforts faits à la garde-robe, mais aussi à la suite d'une fatigue.

Quand le paquet variqueux est sorti, la malade éprouve une douleur très vive qui ne disparaît qu'avec la réduction de la procidence, laquelle peut tarder une demi-heure.

Il y a dix mois, elle a eu deux pertes abondantes de sang. Depuis, bien qu'elle ne soit pas constipée, elle éprouve toujours, à chaque défécation, des douleurs intenses qui l'ont obligée d'interrompre ses occupations professionnelles.

A son entrée à l'hôpital, on constate, sortant de l'anus, un volumineux bourrelet hémorroïdaire, de coloration rouge violacé, de consistance molle et augmentant quand la malade pousse.

Aux jambes et à la face interne des cuisses, on remarque des varices nettes.

Excision totale circulaire par M. Villard le 27 janvier.

Le 13 février, la malade, complètement guérie, quitte le service.

Résultats éloignés. — En février 1907, la malade répond par lettre que depuis l'opération elle n'a plus souffert ni saigné. Elle va très facilement à la selle et retient parfaitement ses matières. Aucune trace d'hémorroïde nouvelle. Elle se déclare complètement satisfaite.

OBSERVATION XXIV

Gros paquet hémorroïdaire procident. — Douleurs intenses. — Hémorragies à répétition. — Anémie prononcée. — Whitehead modifié. — Résultats excellents.

L... Georges, comptable, vingt-neuf ans, entre le 20 avril 1906 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Villard.

Hémorroïdes depuis deux ans. Vives douleurs à l'occasion des garde-robes. Les efforts qu'il fait à la selle amènent la procidence d'un gros paquet variqueux qui se réduit facilement après l'acte de la défécation. En outre, tous les mois, hémorragies abondantes durant parfois huit à dix jours. Ces pertes ont profondément anémié le malade; facies pâle, muqueuses décolorées, bourdonnements dans les oreilles, vertiges. Il réclame une intervention.

Excision totale circulaire suivant le procédé de M. Villard et exécutée le 22 avril par MM. Muller et Desgouttes.

Réunion par première intention de la peau et de la muqueuse sur toute la circonférence de l'anus. Le malade sort le 5 mai.

Résultats éloignés. — Quinze mois après l'opération, nous revoyons ce malade. L'anus est complètement débarrassé de toute masse hémorroïdaire; le sphincter se laisse normalement dilater. Le malade n'a ni douleur ni hémorragie. Mais il est porteur d'une rectite dont l'origine n'a rien à voir avec l'intervention qu'il a subie.

CONCLUSIONS

I. — Les critiques adressées à l'excision totale des hémorroïdes, suivant la méthode de Whitehead, ne semblent pas justifiées.

II. — Le rétrécissement cicatriciel, rarement observé du reste, paraît surtout imputable à un défaut de technique opératoire.

L'atonie sphinctérienne ne dure que quelques jours et relève de la dilatation.

L'hémorragie opératoire n'est jamais importante avec un manuel opératoire bien réglé.

III. — Les modifications de technique apportées à l'opération de Whitehead par MM. Delorme, Reclus, Quénu et Picqué n'ont d'autre but que d'écarter la possibilité d'une rétractation cicatricielle de l'anus.

IV. — Le procédé de M. Villard vise surtout l'hémorragie qu'il rend insignifiante en évitant par la dissection circulaire du bourrelet hémorroïdaire la recoupe des vaisseaux. Il se recommande en outre par la simplicité de son manuel opératoire, la facilité et la rapidité de son exécution.

V. — Les résultats observés chez les malades opérés par ce procédé montrent chez tous l'absence d'accidents immédiats et un excellent résultat fonctionnel éloigné.

VI. — L'excision totale des hémorroïdes, suivant la méthode de Whitehead, modifiée ou non, doit être considérée comme l'opération de choix toutes les fois que des accidents hémorroïdaires: *hémorragie, pro-cidence, inflammations*, nécessitent une intervention chirurgicale.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

ROLLET.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Le 15 décembre 1907.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

Président du Conseil de l'Université

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Allingham (H.-W.). — A modified method of performing Whitehead's operation of excision of Piles. *Med. Press and circular*, 1888, t. XLV, p. 657.
- Amaral (Antonio de). — Thèse de Doctorat, 1905.
- Ané. — Contribution à l'étude de la cure radicale des hémorroïdes. Procédé Whitehead-Picqué. Thèse de Paris, 1898.
- Barancy. — Hémorroïdes procidentes; dilatation et opération de Whitehead; anesthésie locale par la stovaine. *Poitou médical*, Poitiers, 1905, p. 149.
- Baltar-Cortès (A.). — Algunas consideraciones sobre el procidimiento de los doctores y Potarca, de Rumania, para operar hemorroides. *Rev. de medec. y circurg. pract.* Madrid, 1904, p. 213-214.
- Courcières (Ch.). — Résultats éloignés du traitement des hémorroïdes par le procédé de Whitehead. Thèse de Paris, 1907.
- Delorme. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1892, p. 498.
- Délestang. — Choix d'un procédé opératoire dans le traitement chirurgical des hémorroïdes. Thèse de Paris, 1893-94.
- Forgue et Reclus. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, t. II, p. 869.
- Fontan. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1877, p. 141
Rapport de Th. Auger.
- Gosselin. — Leçons sur les hémorroïdes. Paris, 1866.
- Gravier Sainte-Marie. — Indications générales du traitement des hémorroïdes. Exposé et choix des procédés. Thèse de Paris, 1898-99.

- Hippocrate. — Trad. Littré, t. II, p. 517, t. VI, p. 437.
- Hirst (Bartou-Cooke). — Stricture of the rectum following a Whitehead operation for hemorrhoids. *Med. news Philadelphia*, 1894.
- Houston. — *Dublin Journal of med. Sc.*, 1843, t. LVII.
- Kelsey. — A new clamp for the operatise of hemorrhoids (*New-York med. Journal*, 1905, p. 778).
- Kunintseff. — Surgical treatment of hemorrhoids, *Russk. chir. arch. Saint-Petersbourg*, 1905.
- Leibovici (A.). — Du traitement chirurgical des hémorroïdes (Procédé du D^r Blum). Thèse de Paris, 1901-02.
- Labauze. — De l'excision des hémorroïdes par le procédé de Whitehead. Thèse de Lyon, 1898.
- Laplace (E.). — The removal of internal hemorrhoids by excision. *M-Y. Med. Journ.*, 1904.
- Le Dentu et Delbet. — *Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 508.
- Martin (A.). — Contribution à l'étude du traitement des hémorroïdes. Procédé Whitehead-Delorme. Thèse de Paris, 1892-93.
- Monod (Ch.). — De la cure chirurgicale des hémorroïdes. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1899, t. XXV, p. 533-549-616.
- Marion. — *Manuel de thérapeutique chirurgicale*. Paris, 1907.
- Meesemøker. — Traitement chirurgical des hémorroïdes. Thèse de Paris, 1892-93.
- Pouy. — Thèse de Toulouse, 1903-04.
- Quénu. — Congrès français de chirurgie. Paris, 1893. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*. Paris, 1892, p. 505.
- Quénu et Hartmann. — *Chirurgie du rectum*. Paris, 1895.
- Ricard et Launay. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, p. 643.
- Reclus. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1892, p. 502.
— Traitement des hémorroïdes. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1905, p. 337-339.
- Rogers (C.-P.). — The radical treatment of hemorrhoids. *Georgia Pract. Savannah.*, 1905, p. 225-227.
- Rosembaum (L.). — Résultats immédiats et éloignés du traitement des hémorroïdes par la dilatation forcée. Thèse de Paris, 1895.

- Tillaux.** — Traitement chirurgical des hémorroïdes. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1905, p. 337-339.
- Verneuil.** — Physiologie pathologique et étiologie des rétrécissements qui suivent l'ablation circulaire des hémorroïdes. *Bull. de la soc. de chir.* Paris, 1858-1859, t. IX, p. 304-317.
- Véron (F.).** — Du traitement chirurgical et en particulier de la cure sanglante des hémorroïdes (Procédé de Whitehead). Thèse de Paris, 1899-1900.
- Villard.** — Communication à la Société de chirurgie de Lyon. *Lyon médical*, 2 juin 1907.
- Whitehead.** — *Britich Med. Journ.*, 1882. Three hundred consecutive cases of hemorrhoids cured by excision. *Britich Med. Journ.*, 1887, t. I, p. 449-451.
- Wicsinger.** — Opération des bourrelets hémorroïdaux. *Berlin. Klin. Woch.*, 22 novembre 1898.
-

LYON
IMPRIMERIE A. STORCK & C^{ie}
8, Rue de la Méditerranée.
